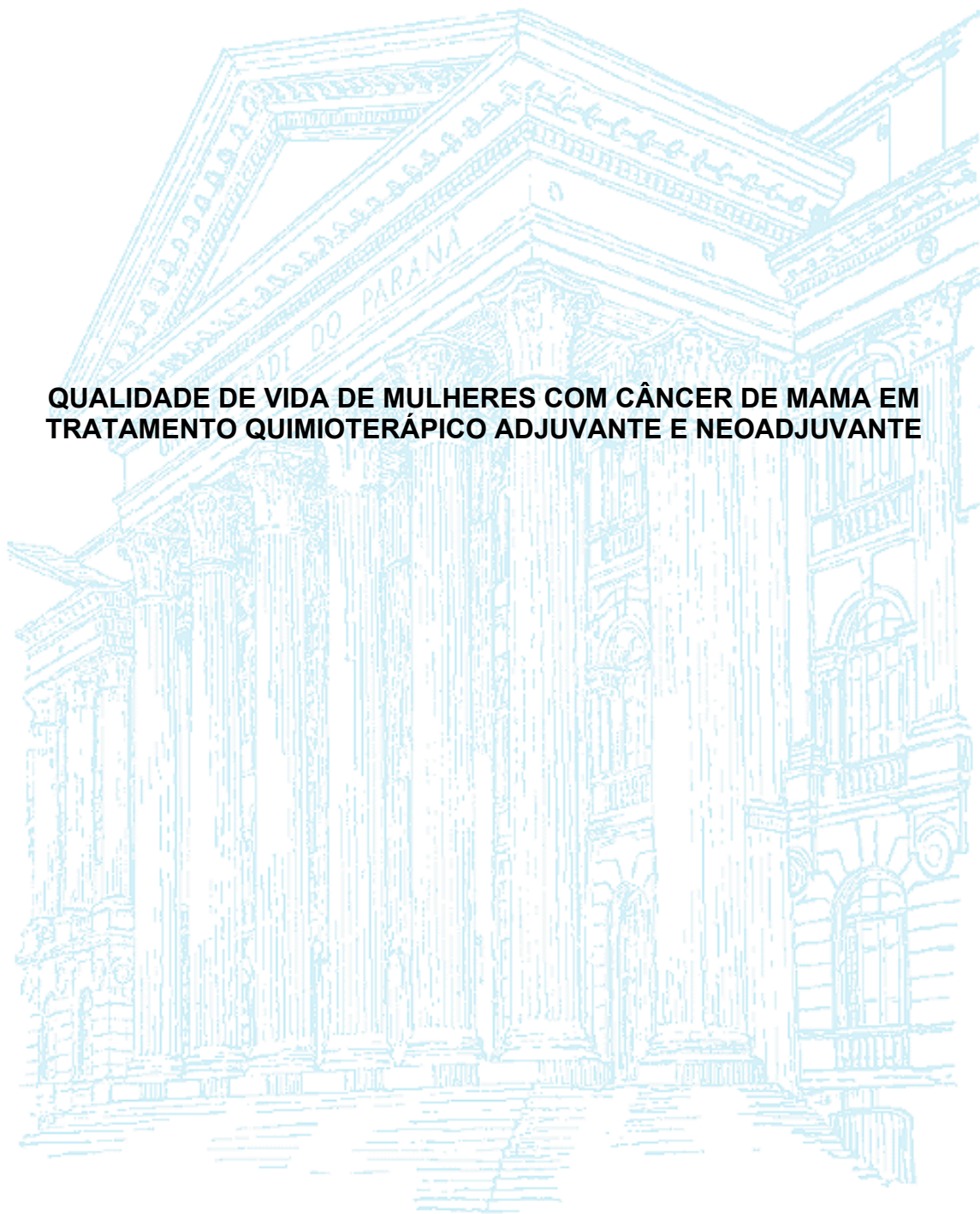


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RAQUEL DE CASTRO FIGUEIREDO PEREIRA COELHO

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO ADJUVANTE E NEOADJUVANTE**



CURITIBA
2015

RAQUEL DE CASTRO FIGUEIREDO PEREIRA COELHO

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO ADJUVANTE E NEOADJUVANTE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Puchalski Kalinke

CURITIBA
2015

Coelho, Raquel de Castro Figueiredo Pereira

Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico adjuvante e neoadjuvante / Raquel de Castro Figueiredo Pereira Coelho – Curitiba, 2015.

121 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Luciana Puchalski Kalinke

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2015.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem oncológica. 2. Qualidade de vida. 3. Câncer de mama. I. Kalinke, Luciana Puchalski. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.9940231

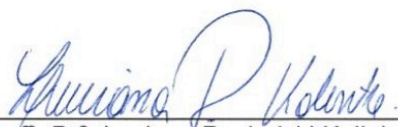
TERMO DE APROVAÇÃO

RAQUEL DE CASTRO FIGUEIREDO PEREIRA COELHO

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO ADJUVANTE E NEOADJUVANTE

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



Profª. Drª. Luciana Puchalski Kalinke

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná, UFPR



Profª. Drª. Marislei Sanches Panobianco

Membro Titular: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, EERP



Profª. Drª. Maria de Fátima Mantovani

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná, UFPR

Curitiba, 16 de outubro de 2015.

DEDICATÓRIA

Ao meu pai **Rui** (*in memoriam*) que, infelizmente, não conseguiu concluir esta jornada junto a mim e foi vencido pelo câncer. Nossa luta foi árdua, porém envolta de muitos ensinamentos, superação, união e amor. Levo comigo sua dedicação, respeito e amor incondicional. Te amo eternamente, pai.

À minha mãe **Ledy**, pelo exemplo de mulher, mãe e avó, pelo incentivo, carinho e amor sempre presentes. Te amo!

Aos meus irmãos **Rafael** e **Fernanda**, pelo carinho e apoio nesta caminhada.

Ao meu esposo, companheiro e amigo **Guilherme** pelo amor, compreensão, incentivo e pelo auxílio com nosso maior tesouro, **Felipe**. Sem vocês esse sonho não se concretizaria.

Às **mulheres portadoras de câncer de mama** que lutam bravamente contra esta doença.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à **Deus** pela oportunidade concedida, pela família maravilhosa, proteção e bênçãos infinitas na minha vida.

A minha orientadora **Prof^a Dr^a Luciana Puchalski Kalinke** pela amizade, paciência, dedicação, compreensão e exemplo de profissional. Seu amor à oncologia me proporcionou ir além, crescer e me desenvolver como ser humano e profissional.

Ao meu amor **Guilherme** pelo carinho, atenção, compreensão e apoio. Você é essencial para mim.

Ao meu pequeno que deu sentido a minha vida e me tornou mãe, **Felipe**. O seu carinho, sorriso e inocência me inspira e encoraja a enfrentar e ultrapassar os obstáculos encontrados.

Ao meu **pai** (*in memoriam*), obrigado pelo carinho, amor, incentivo, garra e força nos momentos difíceis que vivenciamos. Você sempre será meu herói, minha base e meu exemplo.

A minha **mãe** pelo amor, dedicação, incentivo e auxílio durante este percurso. Você é uma guerreira, estarei sempre aqui cuidando de ti.

Aos meus irmãos **Rafael e Fernanda**, pela compreensão, amor e auxílio neste período, nosso elo é infinito.

Aos meus **cunhados e sobrinhos** pela torcida e carinho, em especial, à **Deisy** pelas contribuições e disponibilidade.

Às minhas tias-mães **Roni e Eulália** (*in memoriam*) que sempre estiveram presentes na minha vida, e me auxiliaram nos momentos mais difíceis.

À toda minha **família** que mesmo de longe sempre me incentivaram e torceram por mim.

Aos meus sogros **Roseni e Mário** pelo apoio, carinho e incentivo nesta trajetória.

À minha cunhada **Isabela** pela ajuda, carinho e compreensão.

À minha sempre amiga **Nathalia** pelo companheirismo, momentos de descontração, apoio, compreensão e torcida. Você é especial.

À minha amiga **Fernanda Catafesta** pela amizade, incentivo, ajuda, risadas e carinho.

À minha terapeuta ocupacional predileta **Gabriela** pela amizade, apoio, encorajamento e principalmente por me ouvir muito.

Às **amigas e vizinhas do Boulevard** pelos momentos de descontração e alegria que me proporcionaram.

Às **amigas do Tistu** que acompanharam minha trajetória e torceram por mim. Valeu!

Às amigas e colegas de trabalho **Graça, Elfrena, Rita, Stella, Elizabeth, Karyn, Telma, Adriana e Célia** pelas trocas, incentivo e torcida, sem vocês eu não teria concluído com êxito. Em especial, à enfermeira que me incentivou e fez eu me apaixonar pela oncologia **Elfrena**, você é um exemplo, obrigada pelo carinho. Às

Beths da minha vida, **Beth Vallim e Beth Fedalto**, vocês são meus anjos e exemplos de profissionais, sou grata pelas contribuições, momentos de desabafo e amizade.

Aos outros profissionais do setor de hemato-onco que me apoiaram, incentivaram e auxiliaram na minha trajetória, **Maria Inês, Rosa, Jô, Mônica, George, Edson, Íris, Drº Sérgio Lunardon e Drª Elise Sanfelice**, obrigada pela amizade e momentos que passamos juntos.

Ao **Drº Fábio Fin** pela amizade e contribuições.

À **Sabrina, Vanessa e Sibéli** pela amizade, apoio e auxílio durante a caminhada.

À **Carila, Gisele, Carol, Fernanda, Érica e Tina** pela ajuda na coleta de dados e auxílio na construção desta pesquisa.

Aos **colegas e amigos do mestrado** pelos momentos de estudo, descontração e incentivos, vocês são bárbaros. Em especial, à **Ângela** pelo carinho e auxílio, à **Bruna, Marly, Andressa e Jéssica** pelos momentos de amizade, contribuição e incentivo.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** da Universidade Federal do Paraná pela oportunidade de crescimento e pelos profissionais qualificados que contribuíram para esta pesquisa.

Ao grupo **Qualidade de vida em oncologia** liderado por nossa *expert* Luciana Kalinke pelos momentos de aprendizado e riqueza de conteúdo, essenciais para meu desenvolvimento e apropriação de habilidades.

Aos membros do **Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto** (GEMSA) pelas contribuições, acolhimento e crescimento durante este período.

Ao **Laboratório de Estatística Aplicada** (LEA) da Universidade Federal do Paraná, em especial, ao **Prof. Dr. Paulo Ricardo Bitencourt Guimarães** pelo auxílio, dedicação e contribuições nas análises estatísticas.

Aos **membros das bancas** de qualificação e defesa, por contribuírem para o desenvolvimento da pesquisa e para minha progressão como pesquisadora.

Às **mulheres com câncer de mama** que contribuíram para a realização deste sonho, minha admiração, carinho e respeito.

À todos àqueles que de alguma forma contribuíram na construção desta pesquisa e àqueles que serão beneficiados. **Meu carinho e muito obrigada!**

“Lute com determinação,
abraça a vida com paixão,
perca com classe
e vença com ousadia.
O mundo pertence a quem se atreve
e a vida é muito
para ser insignificante”

Charles Chaplin

“Se em um dia de tristezas,
tiveres de escolher entre o mundo e o amor...
escolhas o amor
e com ele conquiste o mundo.”

Albert Einstein

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa observacional, longitudinal, descritiva e analítica, cujo objetivo foi avaliar a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico adjuvante e neoadjuvante. A pesquisa foi realizada em um Hospital público, universitário no Estado do Paraná. A amostra foi por conveniência, sendo incluídas 67 mulheres que iniciaram o tratamento quimioterápico no período de maio de 2013 a maio de 2015. A coleta de dados ocorreu em três etapas com a aplicação do questionário de caracterização sociodemográfica e clínica na primeira etapa e os questionários da *European Organization for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire Core 30 - QLQ-C30* e *Quality of Life Questionnaire – Breast Cancer - QLQ-BR23* em todas as etapas. Os dados obtidos foram organizados em tabelas elaboradas no programa *Microsoft® Excel 2010* e, efetuada a análise descritiva, com distribuição de frequência e de medidas descritivas, expressas em média, desvio padrão, valores mínimos e máximos e testes estatísticos de associação entre variáveis (*Friedman*, *Diferença Mínima Significativa*, *Spearman*, *Kruskal-Wallis* e *Mann Whitney*). Os valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. Os resultados demonstraram que a média de idade foi de 51,3 anos, 61,2% são casadas e 64,2% possuem de um a três filhos, 43,3% estudaram menos de nove anos. Quanto a renda familiar e *per capita* possuíam média de 2,8 e 1,1 salários mínimos, respectivamente. O estadió clínico III foi o mais frequente, em 82% das mulheres, com o tratamento quimioterápico neoadjuvante predominante em 79,1%, o protocolo baseado em antracíclinos e taxanos em 76,1%, e mais de 50% iniciaram a quimioterapia dentro do prazo estipulado de 60 dias para os tratamentos neoadjuvante e adjuvante. Na avaliação da qualidade de vida as análises reportaram diferenças significativas na função física e função emocional. Na escala de sintomas a fadiga e náuseas e vômitos e sintomas da mama. Na comparação entre as modalidades neoadjuvante e adjuvante as diferenças foram significativas na função física, desempenho pessoal e função cognitiva e nos sintomas dor, dispneia e sintomas da mama, denotando que as mulheres em terapêutica neoadjuvante foram mais afetadas. A associação entre as variáveis qualidade de vida global e estadiamento apresentou-se significativa na primeira e na terceira etapa, enquanto a associação do estadiamento com a função física e com a fadiga foram significativas na terceira e primeira etapa, respectivamente, fato evidenciado pelos estadios avançados encontrados nesta pesquisa. Na associação das variáveis função emocional com filhos houve significância na terceira etapa. Estes resultados evidenciam que as mulheres são afetadas em vários domínios, e que há a necessidade de atendê-las de forma direcionada e integral para manter sua qualidade de vida. Para tal, a assistência deve estar voltada para além dos sintomas físicos, englobando os aspectos funcionais, físicos, emocionais, cognitivos e sociais acometidos em decorrência da doença e da terapêutica.

Palavras-Chave: Enfermagem oncológica. Qualidade de vida. Câncer de mama.

ABSTRACT

This is an observational, longitudinal, descriptive and analytical study, with the objective of evaluating the quality of life of women with breast cancer undergoing adjuvant and neoadjuvant chemotherapy. The survey was conducted in a public university hospital in the state of Paraná, Brazil. The sample was for convenience, being included 70 women who started chemotherapy from May 2013 to May 2015. Data collection took place in three phases with the application of socio-demographic and clinical characterization questionnaire in the first and questionnaires of the *European Organization for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire Core 30 (QLQ-C30)* e *Quality of Life Questionnaire – Breast Cancer (QLQ-BR23)* in all three phases. The data acquired were organized in Microsoft Excel 2010 spreadsheets and performed a descriptive analysis with frequency distribution and descriptive measures, expressed as mean, standard deviation, minimum and maximum values and statistical tests of association between variables (*Friedman*, Minimum Significant Difference, *Spearman*, *Kruskal-Wallis* and *Mann Whitney*). Values of $p \leq 0.05$ were considered statistically significant. The results showed that the average age is 51.3 years, 61.2% are married and 64.2% have one to three children, 43.3% attended school for less than nine years. As for household and per capita incomes, the average is 2.8 to 1.1 minimum wages, respectively. The clinical stage III was the most frequent, in 82% of women, with neoadjuvant chemotherapy treatment prevalent in 79.1%, the protocol based on anthracyclines and taxanes in 76.1%, and over 50% started chemotherapy within the stipulated period of 60 days for neoadjuvant and adjuvant treatments. In the assessment of quality of life analyzes reported significant differences in physical and emotional function. In the symptom scale, associated with fatigue, nausea, vomiting and breast symptoms. Comparing the groups neoadjuvant and adjuvante, there were significant differences in physical function, personal performance and cognitive function, as well as in the symptoms pain, dyspnea and breast symptoms, denoting that women in neoadjuvant therapy were more affected. The association between overall quality of life and staging showed significant in the first and third phases, while the association of staging with physical function and fatigue were significant in the third and first phases, respectively, fact evidenced by the advanced stages found in this study. In the association of emotional function with children there was significance in the third stage. These results show that women are affected in various aspects, and that there is the need to attend them in a targeted and comprehensive manner to maintain their quality of life. For this purpose, assistance must be focused beyond physical symptoms, encompassing functional, physical, emotional, cognitive and social aspects affected by the disease and their therapy.

Key Words: Oncology Nursing. Quality of Life. Breast Cancer.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	-	FLUXOGRAMA DE DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	34
QUADRO 1	-	<i>EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER – EORTC - QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE C30.....</i>	35
QUADRO 2	-	<i>EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER – EORTC - QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE BR23.....</i>	36
FIGURA 2	-	ETAPAS DA PESQUISA E QUESTIONÁRIOS UTILIZADOS EM CADA ETAPA.....	37

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE E ADJUVANTE, EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	42
TABELA 2	- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE E ADJUVANTE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	43
TABELA 3	- CARACTERÍSTICAS TERAPÊUTICAS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE E ADJUVANTE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	44
TABELA 4	- MEDIDAS DESCRITIVAS DOS DOMÍNIOS DO QLQ-C30 NEOADJUVANTE E ADJUVANTE NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA...	45
TABELA 5	- DOMÍNIOS SIGNIFICATIVOS DO QUESTIONÁRIO QLQ C30 NAS MODALIDADES DE QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE E ADJUVANTE ENTRE AS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA.....	45
TABELA 6	- DOMÍNIOS SIGNIFICATIVOS DO QUESTIONÁRIO QLQ-C30 ENTRE OS GRUPOS NEOADJUVANTE E ADJUVANTE NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA.....	46
TABELA 7	- DADOS DESCRITIVOS DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O DOMÍNIO QV GLOBAL E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA.....	46
TABELA 8	- DADOS DESCRITIVOS DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL ESTADIAMENTO E AS VARIÁVEIS DO QLQ-C30.....	47
TABELA 9	- DADOS DESCRITIVOS DA ASSOCIAÇÃO ENTRE FUNÇÃO EMOCIONAL DO QLQ-C30 E VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA.....	47
TABELA 10	- MEDIDAS DESCRITIVAS DOS DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO QLQ-BR23 NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	- Adriamicina®, Ciclofosfamida®
AC-D	- Adriamicina®, Ciclofosfamida®, Taxotere®
AC-T	- Adriamicina®, Ciclofosfamida®, Taxol®
AC-TH	- Adriamicina®, Ciclofosfamida®, Taxol®, Herceptin®
<i>BRCA1 e BRCA2</i>	- <i>Breast Cancer 1 - early onset, e Breast Cancer 2</i>
CAF	- Ciclofosfamida®, Adriamicina®, Fluouracil®
CALGB	- <i>Cancer and Leukemia Group B</i>
CD	- Ciclofosfamida®, Taxotere®
CD-H	- Ciclofosfamida®, Taxotere®, Herceptin®
DCV	- Doenças Cardiovasculares
DP	- Desvio Padrão
EB	- Escore Bruto
EC	- Estadio Clínico
EORTC	- <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer</i>
EQ-5D	- <i>European Quality of Life 5 Dimensions</i>
ESMO	- <i>European Society of Medical Oncology</i>
FACT-B	- <i>Functional Assessment of Cancer Therapy for Breast Cancer</i>
FACT-G	- <i>Functional Assessment of Cancer Therapy General</i>
FGTS	- Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
HADS	- <i>Hospital Anxiety and Depressive Scale</i>
HER2	- <i>Human Epidermal Growth Factor Receptor 2</i>
IARC	- <i>International Agency for Research on Cancer</i>

INCA	- Instituto Nacional de Câncer
IPVA	- Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
KW	- <i>Kruskal-Wallis</i>
LEA	- Laboratório de Estatística Aplicada
MASCC	- <i>Multinacional Association of Supportive Care in Cancer</i>
MSAS	- <i>Memorial Symptom Assessment scale</i>
NCCN	- <i>National Comprehensive Cancer Network</i>
NSNS	- <i>Newcastle Satisfaction with Nursing Scales</i>
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PSQI	- <i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>
QLQ	- <i>Quality of Life Questionnaire</i>
QLQ-ACD	- <i>Questionnaire for Cancer Patients Treated With Anticancer Drugs</i>
QLQ BR23	- <i>Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer Module</i>
QLQ C30	- <i>Quality of Life Questionnaire – Core 30</i>
QV	- Qualidade de Vida
SF36	- <i>Medical Outcomes Study 36 – Item Short - Form Health Survey</i>
STMO	- Serviço de Transplante de Medula Óssea
SUS	- Sistema Único de Saúde
T	- Taxol®
TD	- Termômetro de <i>distress</i>
TNM	- Sistema de Classificação dos Tumores Malignos
U	- <i>Mann Whitney</i>
UHHO	- Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia
UFPR	- Universidade Federal do Paraná

WHO - *World Health Organization*

WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	CÂNCER DE MAMA.....	16
1.2	QUALIDADE DE VIDA EM ONCOLOGIA.....	21
1.3	ENFERMAGEM ONCOLÓGICA.....	26
2	OBJETIVO GERAL.....	30
2.1	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	30
3	MÉTODO.....	31
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	31
3.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	31
3.3	PARTICIPANTES E PERÍODO DA PESQUISA.....	33
3.4	COLETA DE DADOS.....	34
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	37
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	40
4	RESULTADOS.....	42
5	DISCUSSÃO.....	49
6	CONCLUSÕES.....	88
	REFERÊNCIAS.....	90
	APÊNDICES.....	107
	ANEXOS.....	114

1 INTRODUÇÃO

1.1 CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é uma das doenças mais incidentes nas mulheres, com ocorrência, em 2012, de 1,7 milhões de casos novos no mundo e altas taxas de mortalidade (IARC, 2014). Esses dados significativos aliados ao estigma da doença e aos tratamentos mutiladores alteram aspectos biopsicossociais e sua qualidade de vida (QV) (NICOLUSSI; SAWADA, 2011). Assim, cabe à enfermagem assistir essas mulheres com o objetivo de minimizar as alterações e proporcionar melhores condições de vida e sobrevida (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

Dados epidemiológicos apresentam o câncer de mama como a segunda mais frequente em mulheres no mundo e como a quinta causa de morte em geral, em torno de 522 mil mortes no ano de 2012 (IARC, 2014). A estimativa de casos novos nos EUA em 2014 foi de 232.670 com 40 mil mortes (SIEGEL *et al.*, 2014). No Brasil, a estimativa para 2014 foi de 57.120 novos casos. Na Região Sul segue o mesmo delineamento dos dados nacionais, com perspectiva de 10.370 casos novos (BRASIL, 2014a), sendo considerada a primeira causa de óbitos por câncer em mulheres (BRASIL, 2014b).

A incidência deste câncer é maior em mulheres sendo raro no sexo masculino, constituindo-se 1% dos casos (BONFIM, 2013; JAMY *et al.*, 2015). A prevalência nas mulheres está atrelada à idade, considerada seu principal fator de risco, independente do prognóstico (SILVA; RIUL, 2011; BRASIL, 2014b). É frequentemente observado acima dos 50 anos e raramente antes dos 35 anos, com incidência rápida e progressiva acima desta faixa etária (BRASIL, 2014b). No entanto, alguns estudos demonstram aumento no número de casos em mulheres jovens, o que implica em tratamentos mais agressivos, monitoramento e seguimento mais rigorosos abaixo dos 40 anos (SANTOS *et al.*, 2013; ASSI *et al.*, 2013; REYNA; LEE, 2014).

Sua etiologia é multifatorial, além da idade, parte dos fatores de risco estão relacionados à vida reprodutiva da mulher, como exposição a estrógeno, nuliparidade, menarca precoce, menopausa e gestação tardia (SILVA;

ALBUQUERQUE; LEITE, 2010; BURSTEIN; HARRIS; MORROW, 2011). A hereditariedade também é um fator preponderante, mulheres com histórico familiar positivo para o câncer e portadoras de mutações nos genes BRCA1¹, BRCA2¹ e p53², apresentam risco de 56 a 85% de desenvolver a doença ou tê-la mais precocemente. Aliado a esses fatores estão a inatividade física, hábitos alimentares inadequados, obesidade, tabagismo e alcoolismo (SANTOS JÚNIOR; SOARES, 2012; BRASIL, 2014b).

O câncer de mama apresenta bom prognóstico se diagnosticado precocemente, porém, possui altas taxas de mortalidade, possivelmente relacionadas ao diagnóstico tardio (WHO, 2013). Constitui-se como uma experiência devastadora na vida das mulheres, pois o aparecimento da doença permeia sentimentos como medo, angústia e raiva, comprometendo a QV das acometidas (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

Os autores Zapponi, Tocantins e Vargens (2012) identificaram em estudo de revisão que as concepções de detecção e diagnóstico precoce de câncer de mama se diferem na literatura. A detecção envolve a identificação de alterações na mama, presença de uma massa identificada pela palpação, enquanto que o diagnóstico precoce compreende a determinação de alterações celulares presentes na corrente sanguínea ou tecido mamário, visíveis na mamografia. Deste modo, ambas as estratégias são importantes, porém, a detecção precoce constitui-se o método amplamente realizado e acessível aos usuários.

Corroboram os estudos de Silva e Riul (2011), em Minas Gerais (MG), cujos objetivos eram identificar fatores de risco e analisar conhecimento e realização de autoexame das mamas (AEM), exame clínico das mamas (ECM) e mamografia, em 18 mulheres durante quimioterapia para tratamento de câncer de mama e, de Leite *et al.* (2012), em um município do Espírito Santo (ES), com o intuito de traçar o perfil socioeconômico, clínico, reprodutivo e comportamental de mulheres que vivenciaram a doença no período de 2005 a 2010. São estudos em que a maioria das mulheres descobriram o nódulo na mama durante o autoexame das mamas (AEM), com periodicidade eventual.

¹BRCA1 e BRCA2 são genes supressores tumorais, hereditários e transmitidos geneticamente, acredita-se que estejam envolvidos no controle da transcrição (PAPA *et al.*, 2013).

²p53 é um gene supressor produtor de uma proteína que controla a replicação do DNA, a proliferação celular e a apoptose, conhecido como guardião do genoma (PAPA *et al.*, 2013).

Desta maneira, o diagnóstico precoce do câncer de mama viabiliza tratamentos mais eficazes, com menores taxas de mortalidade e melhores taxas de sobrevida. O diagnóstico tardio (estádios III e IV) é detectado em mais de 50% dos casos, conduzindo as mulheres a tratamentos muitas vezes mutilantes e que comprometem sua QV (CARVALHO *et al.*, 2013).

O diagnóstico complementado com o período imediato que incluem exames, cirurgias e tratamentos, ocasionam grande impacto na vida das mulheres, com alterações na vida familiar e no ambiente em que vivem (CARVALHO *et al.*, 2013). Ansiedade, medo, apreensões e preocupações as acompanham até o fim do tratamento, destacam Jorge e Silva (2010).

Mineo *et al.* (2013) ressaltam que o câncer de mama envolve três etapas que se sobrepõem e podem influenciar na QV das mulheres acometidas: o diagnóstico, o tratamento longo e agressivo e a aceitação de alterações no corpo que influenciam na autoimagem. Logo, a mulher desenvolve desde o diagnóstico, sentimentos de negação, medo e tristeza, associados à possibilidade de remoção das mamas e tratamentos agressivos, principalmente a quimioterapia (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

O tratamento para o câncer de mama é direcionado conforme o estágio da doença e poderá incluir a cirurgia e a radioterapia, que atuam de maneira localizada, e quimioterapia, hormonioterapia e a terapia biológica, que atuam de maneira sistêmica (BONASSA; GATO, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2012).

O tratamento cirúrgico é habitual nos estádios I e II, e pode ser conservador, com a retirada apenas do tumor, ou radical, que consiste na retirada total da mama (mastectomia). A radioterapia, nesses estádios, a princípio é indicada para todas as pacientes que realizaram cirurgia conservadora. O tratamento sistêmico deve ser baseado nas dosagens de receptores de estrogênio e progesterona, HER-2³, linfonodos e status menopausal (SANTOS JÚNIOR; SOARES, 2012).

No estágio III, os tumores ainda são localizados, porém maiores, e a terapêutica depende da operabilidade do tumor. Nesses casos, o tratamento sistêmico é a terapêutica inicial recomendada, seguida de cirurgia conservadora ou mastectomia. Em casos de tumores irressecáveis é recomendada a quimioterapia, seguida de cirurgia, radioterapia e hormonioterapia (SANTOS JÚNIOR; SOARES,

³HER-2 receptor 2 do fator de crescimento epidérmico humano superexpressado nos tumores de mama (RUGO, 2012).

2012). Quando o tumor é classificado no estadio IV, a conduta terapêutica baseia-se na busca do equilíbrio entre a resposta tumoral e a possibilidade de prolongamento da sobrevida com boas condições de QV, considerando os efeitos colaterais decorrentes do tratamento (BOUKAI, 2013).

Dentro da proposta do tratamento oncológico que é prolongar a sobrevida, todos os tratamentos possíveis são oferecidos. Entre eles, a quimioterapia é amplamente utilizada, tendo em vista sua ação sistêmica que proporciona aumento da expectativa e QV, bem como reduz a possibilidade de recidivas. É classificada de acordo com a finalidade terapêutica, podendo ser empregada com objetivo neoadjuvante, adjuvante ou paliativa (GUIMARÃES; ANJOS, 2012).

A quimioterapia neoadjuvante (QTNA) precede a cirurgia, com intuito de reduzir o tumor para torná-lo operável, ou proporcionar cirurgias conservadoras com melhor prognóstico. Considera-se como escolha inicial para o tratamento de tumores localmente avançados, embora estudos indiquem seu uso para tumores operáveis com o intuito de proporcionar melhores desfechos cirúrgicos e avaliação precisa do prognóstico (BERRUTI *et al.*, 2011; COSTA; CHAGAS, 2013; VICI *et al.*, 2014).

O tratamento neoadjuvante é uma ferramenta importante na busca pelo controle da doença, porém também se caracteriza como uma fonte de adversidades pela ocorrência dos efeitos colaterais, que provocam desconfortos e mudanças no contexto de vida, impossibilitando a autonomia da mulher (FRAZÃO; SKABA, 2013). O futuro da QTNA está na capacidade de prever e avaliar a resposta por agentes quimioterápicos para que o tratamento possa ser adaptado, proporcionando benefícios ao paciente e melhores resultados a longo prazo (ANDRADE *et al.*, 2013).

Para grande parte das mulheres com câncer de mama inicial e indicação de quimioterapia, o tratamento adjuvante reduz a recorrência e mortalidade (COSTA; CHAGAS, 2013; AMORIM; CORDEIRO, 2013). Ele ocorre após a ressecção cirúrgica, quando não há evidências de neoplasia detectável, na tentativa de eliminar micrometástases que podem permanecer e desenvolver recidiva da doença. Deve iniciar logo após a recuperação da cirurgia, de seis a oito semanas ou o mais precocemente (BONASSA; GATO, 2012; AMORIM; CORDEIRO, 2013).

A indicação da terapia adjuvante é associada a presença de fatores de pior prognóstico como tamanho do tumor, comprometimento axilar, grau de diferenciação, expressão do HER-2, receptores hormonais, além do estado geral da

paciente, considerando comorbidades e expectativa de vida, com menor toxicidade (AMORIM; CORDEIRO, 2013).

A toxicidade experimentada por mulheres com câncer de mama submetidas a quimioterapia adjuvante preocupa tanto pacientes quanto profissionais, que constantemente estão em busca de diferentes formas para amenizá-la. Embora se comprove seus benefícios, percebe-se que o impacto na vida das mulheres é negativo, relacionados aos efeitos indesejados, toxicidade e diminuição da QV (GUIMARÃES; ANJOS, 2012; HALL *et al.*, 2014).

No estudo de revisão de Vidotti, Scorsolini-Comin e Santos (2013) sobre as repercussões do câncer de mama e de seus tratamentos na QV das mulheres mastectomizadas sobreviventes de longo prazo, foi verificado que a terapia sistêmica adjuvante mostra-se nociva, com prejuízos na esfera cognitiva e piores condições de vida, em razão do impacto potencial dos efeitos adversos.

A quimioterapia paliativa é indicada para o controle dos sinais e sintomas que comprometem a capacidade funcional, mas não repercute obrigatoriamente na sua sobrevida. Entretanto, também tem o intuito de reduzir complicações relacionadas à doença, prolongar a sobrevida e manter a QV do paciente. É um tratamento com duração variável, devido à incurabilidade do tumor, em geral com diagnóstico em estadio IV, doença recidivada ou metastática, que pode se tornar progressiva com a terapia aplicada (BOUKAI, 2013).

É uma terapia relativamente nova, com destaque ao alívio dos sintomas como um dos importantes componentes nas pesquisas clínicas em oncologia. Seu uso ainda é controverso devido aos riscos dos efeitos adversos dos quimioterápicos (SOUZA; SIMÃO; LIMA, 2012).

No estudo de Souza, Simão e Lima (2012), em Minas Gerais (MG), com 70 pacientes oncológicos que se encontravam em tratamento quimioterápico na modalidade paliativa, foi constatado que os pacientes nem sempre se encontram em fase terminal, e grande parte possui boa capacidade funcional e condições de desenvolver suas atividades de vida diária. Contudo, a utilização de quimioterapia pode produzir toxicidades que acarretam prejuízos, mas auxiliam na sobrevida e QV, necessitando de avaliação contínua desses pacientes quanto aos benefícios da terapia instituída.

Apesar dos benefícios, os agentes quimioterápicos, produzem reações tóxicas indesejáveis, que têm como consequência o aparecimento de efeitos

colaterais, que acarretam desconfortos físicos, emocionais, espirituais, econômicos, sociais e interferem na QV dos pacientes submetidos a esta terapêutica (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010; HWANG; CHANG; PARK, 2013).

O estudo sueco de base populacional com 1086 mulheres portadoras de câncer de mama que avaliou a QV com os questionários da *European Organization for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire Core 30* (EORTC QLQ-C30) e *Quality of Life Questionnaire BR23* (EORTC QLQ-BR23) e a presença dos sintomas depressão e ansiedade pelo instrumento *Hospital Anxiety and Depressive Scale* (HADS), identificou que a quimioterapia é um dos fatores associados ao aumento de sintomas ou problemas entre as mulheres, interferindo na sua QV (HOYER *et al.*, 2011).

O impacto do diagnóstico e da quimioterapia, assim como as alterações que ocorrem na rotina familiar alteram a QV das mulheres (JORGE; SILVA, 2010). De acordo com as mesmas autoras, dependendo do ciclo de vida em que elas se encontram, suas relações com o trabalho, família, planos e atividades são totalmente afetados.

Destarte, a avaliação da QV é um recurso para avaliar os resultados da terapêutica na perspectiva do paciente (CHAVES; GORINI, 2011; GOMES *et al.*, 2011), permitindo identificar os domínios afetados e planejar as intervenções (ZANDONAI *et al.*, 2010). Desta forma, considerar a percepção dos pacientes oncológicos frente à sua QV facilita o planejamento da assistência de enfermagem em situações que necessitam de intervenções (CHAVES; GORINI, 2011), com a finalidade de proporcionar melhores condições de vida.

1.2 QUALIDADE DE VIDA EM ONCOLOGIA

Há indícios de que o termo QV surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 30, em estudos que objetivavam a sua definição e se referiam à avaliação deste construto (SEIDL; ZANNON, 2004). Entretanto, o primeiro documento que utilizou o termo data de 1966, e nas três décadas seguintes as publicações cresceram vagarosamente com aumento significativo desde o começo dos anos 90 em todos os ramos (KATSCHNIG, 2006).

Costa Neto e Araújo (2001) trabalharam os resultados do estudo de Cummings em 1998, intitulado *Directory of Instruments to Measure Quality of Life and Correlate Areas*, e demonstraram que na perspectiva histórica a QV na literatura está voltada à possibilidade de obter medidas e desenvolver instrumentos de avaliação. Esses, por sua vez, tiveram um aumento a partir da década de 70, possivelmente atrelado aos estudos na área da Psicologia da Saúde, com aplicação em várias patologias e com proliferação contínua nas décadas seguintes.

No Brasil estudos dessa natureza tiveram ênfase na década de 90, voltados às doenças crônicas com a validação de questionários internacionais para a mensuração da QV no país, como os estudos de Ciconelli *et al.* (1999), tradução e validação do instrumento *Medical Outcomes Study – Item Short-form Health Survey* (SF-36) em pacientes com artrite reumatoide e Fleck *et al.* (1999) no desenvolvimento da versão em português do questionário da Organização Mundial da Saúde (OMS) *World Health Organization Measuring Quality of Life* (WHOQOL-100).

A QV é um conceito geral e subjetivo, que varia em relação às experiências e expectativas de cada indivíduo, voltado para sua avaliação e percepção (NICOLUSSI; SAWADA, 2011). Ela se constitui em um parâmetro na avaliação de resultados e permite aos profissionais definir a terapêutica mais adequada, propiciar planejamento da assistência e, conseqüentemente, facilitar o retorno do paciente oncológico às atividades sociais, laborais e de lazer (MACHADO; BERGMANN, 2012; FANGEL *et al.*, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV em sua versão original, como:

A percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida, no contexto dos sistemas de cultura e valor em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, afetado de forma complexa pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e sua relação com as características marcantes do seu ambiente (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 1997, p.3).

É um conceito amplo, que abrange as necessidades humanas de forma integral, em seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, resultante de

uma combinação de fatores subjetivos, como o grau de satisfação geral com a própria vida, e de fatores objetivos, itens que proporcionam tranquilidade, segurança, confiança (CHAVES, GORINI, 2011). Optou-se, desta forma, em utilizar este conceito de QV para permear esta pesquisa.

Acrescentam Nicolussi *et al.* (2012) que estudos de QV auxiliam na avaliação de intervenções a fim de permitir uma melhor assistência e, conseqüentemente, uma reabilitação precoce, além de compreender problemas relativos a parte funcional e psicossocial no decorrer da doença.

A oncologia foi uma das primeiras especialidades que o conceito de QV ganhou ênfase (KATSCHNIG, 2006). A evolução da medicina no último século permitiu um aumento na expectativa de vida, assim, algumas doenças passaram a ser curáveis, e outras, como o câncer, apresentaram tratamentos inovadores, que proporcionaram controle dos sintomas, retardo no seu curso natural, diminuição da mortalidade e/ou aumento da expectativa de vida (FLECK, 2008). Assim, surge a necessidade de encontrar formas para mensurar como essas pessoas vivem estes anos a mais.

Estudar a QV tornou-se importante para instituir intervenções que proporcionam bem-estar e/ou estar bem aos pacientes oncológicos, cujo prognóstico nem sempre é o melhor (CHAVES; GORINI, 2011). O diagnóstico, a confirmação da doença e o tratamento influenciam diretamente no estilo de vida dos pacientes oncológicos (TERRA *et al.*, 2013). Medidas quantitativas de QV se tornam relevantes, pois podem favorecer a recuperação física e emocional da mulher, com estratégias de enfrentamento que minimizem desconfortos e sentimentos durante todo o itinerário terapêutico (MAJEWSKI *et al.*, 2012).

Souza e Fortes (2012) em estudo de revisão crítica, durante o período de 2000 a 2011, com a finalidade de investigar a QV de pacientes oncológicos, apontam que esta foi prejudicada nos domínios físicos, emocionais e psicológicos. Já na revisão sistemática realizada por Machado e Bergmann (2012) no período de 2001 a 2010, com o objetivo de discutir a QV de mulheres brasileiras submetidas ao tratamento de câncer de mama, os principais domínios afetados estavam relacionados à funcionalidade, ao emocional, às dificuldades financeiras, à sexualidade e aos sintomas gerais. Ambos os estudos refletem as dificuldades enfrentadas por estas mulheres durante o transcurso terapêutico.

Os autores Jassim e Whitford (2013), no estudo sobre QV de 239 mulheres sobreviventes de câncer de mama, no Oriente Médio, utilizando os instrumentos EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-BR23, foi observado que os domínios emocional e sexual foram os mais acometidos. Em relação aos sintomas, fadiga, chateada com a queda de cabelo e sintomas do braço foram os que provocaram maior incômodo. Esses domínios que proporcionaram pior QV são aqueles que necessitam ser abordados por profissionais da saúde durante suas avaliações.

No estudo desenvolvido na Turquia que avaliou a QV de 105 pacientes com câncer de mama durante a quimioterapia pelo instrumento *Functional Assessment of Cancer Therapy-General* (FACT-G – Version 4) evidenciaram-se alterações negativas no bem-estar emocional, físico e funcional. A frequência, severidade e angústia dos sintomas presentes ou ausentes foi verificada com a escala *Memorial Symptom Assessment Scale* (MSAS), que identificou falta de apetite, náusea, fadiga e queda do cabelo como alguns dos sintomas que necessitam de suporte. A satisfação do cuidado de enfermagem foi determinada pela escala *Newcastle Satisfaction with Nursing Scales* (NSNS) e mostrou que o cuidado prestado pelo enfermeiro foi considerado satisfatório enfatizando o quanto as informações sobre o estado de saúde e tratamento dos pacientes oncológicos devem ser constantes (BAYRAM; DURNA; AKIN, 2014).

Conhecer como o tratamento está influenciando o dia a dia daqueles que são submetidos à cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia é uma tarefa importante para os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente oncológico (GOMES *et al.*, 2011). Com a avaliação da QV é possível identificar os domínios mais afetados para uma intervenção adequada em cada fase do tratamento. Jorge e Silva (2010) avaliaram a QV de pacientes com câncer ginecológico submetidas à quimioterapia e afirmam que os domínios mais comprometidos são os que necessitam de observação e intervenção eficiente e eficaz, a fim de proporcionar uma melhor QV durante a quimioterapia.

QV e oncologia são termos amplos de discussão que se estreitam quando se prima por um tratamento alicerçado no cuidado integral e humanizado, na busca por melhores condições de vida, por isso é importante que os profissionais da saúde conheçam as formas de avaliar a QV (GOMES *et al.*, 2011).

Instrumentos que mensuram a QV são considerados ferramentas na avaliação do impacto da doença. Conhecê-los são subsídios para os profissionais

planejarem e implementarem uma assistência voltada às necessidades do paciente oncológico (GOMES *et al.*, 2011). Os instrumentos podem ser genéricos, que mensuram aspectos globais relacionados à QV como o físico, psicológico, emocional, sexual e específicos, que detectam particularidades da QV de forma direcionada (PINHEIRO *et al.*, 2013).

Na revisão sistemática de literatura de Machado e Bergmann (2012), identificaram-se os principais instrumentos utilizados para avaliação da QV em mulheres com câncer de mama, entre eles destacam-se o *Quality of Life Questionnaire Core 30* (QLQ-C30), *Quality of Life Questionnaire – Breast Cancer Module* (QLQ-BR23), *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), *Functional Assessment of Cancer Therapy General* (FACT-G), *Functional Assessment of Cancer Therapy for Breast Cancer* (FACT-B) e *Medical Outcomes Study 36 – Item Short - Form Health Survey* (SF-36).

Na revisão integrativa com a finalidade de caracterizar a produção latino-americana sobre QV nos pacientes oncológicos realizada por Zandonai *et al.* (2010), verificou-se a prevalência do instrumento *European Organization for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire Core 30* (EORTC QLQ-C30), que explora os sintomas gerais das neoplasias.

O EORTC QLQ-C30 é amplamente utilizado em vários lugares do mundo. O instrumento é sensível às diferenças entre os pacientes oncológicos, ao tipo de terapêutica utilizada e às variações de tempo. Também tem demonstrado boa reprodutibilidade. A inclusão de módulos específicos, como o QLQ-BR23, caracteriza um avanço nas pesquisas em QV, já que os vários tipos de neoplasias interferem de formas diferentes na vida dos pacientes oncológicos, e o seu uso permite levantar resultados peculiares antes, durante e após o tratamento oncológico (FRANCESCHINI *et al.*, 2010; GOMES *et al.*, 2011; MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013).

A EORTC é uma organização de pesquisa independente, cujo objetivo é desenvolver, conduzir e coordenar pesquisas clínicas para melhorar o manejo do câncer e problemas relacionados, visando ao aumento da sobrevida e a QV. Seu histórico estabelece não só tratamentos consagrados, mas garante que novos agentes contra o câncer sejam desenvolvidos e testados (EORTC, 2014).

Desta forma, na presente pesquisa optou-se por utilizar os questionários da EORTC (QLQ-C30 e QLQ-BR23), devido à sua praticidade, fácil entendimento e

capacidade de abranger várias escalas que avaliam funcionalidade e sintomatologia. Os instrumentos que avaliam a QV devem ser práticos, reprodutíveis e úteis para sua mensuração (GOMES *et al.*, 2011).

Os questionários têm como objetivo mensurar a QV para avaliar a efetividade das ações propostas, de modo a favorecer a recuperação física e emocional e podem resultar em importantes mudanças nas práticas assistenciais. Cabe ressaltar que a QV deve ser considerada em todas as etapas do tratamento (MAJEWSKI *et al.*, 2012; TERRA *et al.*, 2013).

Na perspectiva de QV, é necessário que a enfermagem oncológica compreenda as dimensões que afetam as mulheres durante o tratamento para viabilizar uma assistência adequada, humanizada e integral, prevenindo e minimizando efeitos imediatos ou tardios que a comprometem. Segurança, qualidade e respeito baseados em evidências científicas contribuem para uma prática de enfermagem qualificada e humanizada (SOARES; ALBUQUERQUE, 2013). Assim, torna-se fundamental o papel da enfermagem para o controle desses fatores.

1.3 ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

A Enfermagem Oncológica tem evoluído como especialidade e direcionado o cuidado para além da execução de técnicas, de maneira a contemplar todas as fases que o paciente percorre. Desta forma, a assistência prestada às mulheres com câncer de mama é realizada desde o diagnóstico, durante o tratamento até a reabilitação ou aos cuidados paliativos, é voltada para o cuidado de forma integral, com valorização de todos os aspectos envolvidos, tanto físico, social, emocional e psicológico (MINEO *et al.*, 2013).

O atendimento ao paciente oncológico é complexo devido às peculiaridades relacionadas ao adoecimento. Requer do enfermeiro competências e conhecimentos técnico-científicos, além de habilidades interpessoais (NASCIMENTO *et al.*, 2012). O enfermeiro tem papel de suma importância no cuidado às mulheres com câncer de mama, tendo em vista que esta é vivenciada de forma traumatizante e exige conhecimentos voltados às suas necessidades (SOARES; ALBUQUERQUE, 2013).

A assistência de enfermagem deve ser integral, participativa, direcionada e abranger os aspectos físicos, sociais, psicológicos, espirituais e culturais das pacientes oncológicas, além dos estigmas ocasionados pelo câncer (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008). A mulher portadora de câncer de mama necessita de uma assistência voltada para sua singularidade, pois o enfrentamento da doença é particular e único. A estrutura de apoio deve ser ampla e estabelecida com confiança, respeito e ética (SALIMENA *et al.*, 2010; EWALD; DANIELSKI, 2013).

O suporte familiar também deve ser considerado. A família constitui-se como um dos pilares fundamentais para auxílio no enfrentamento da doença pela mulher acometida (COSTA *et al.*, 2011; EWALD; DANIELSKI, 2013). Para suprir essa demanda, a comunicação, o saber ouvir, a interação, o toque e a atenção dos profissionais para com a mulher e sua família são essenciais para manter o cuidado humanizado, individual e contínuo, visando a garantir a qualidade da assistência durante o tratamento (SALIMENA *et al.*, 2010).

A maneira como a enfermagem se comunica interfere positivamente no cuidado realizado, principalmente no aspecto emocional desta mulher que se encontra fragilizada pelo momento vivenciado (MENDES; LINDOLPHO; LEITE, 2012). As incertezas, medos e ansiedade frente ao diagnóstico e tratamento exigem do enfermeiro postura humanizada e correto planejamento das suas ações durante todo o transcurso da doença, o que contribui para o melhor enfrentamento, reabilitação e QV (EWALD; DANIELSKI, 2013).

No estudo de Fangel *et al.* (2013) realizado em um núcleo de reabilitação física e psicossocial, em São Paulo, que avaliou a QV de 42 mulheres mastectomizadas após tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, utilizando os instrumentos da EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23 e a Capacidade Funcional com o Índice de *Katz* para atividades Básicas de Vida Diária e Índice de *Lawton* para atividades Instrumentais de Vida Diária, aponta que o câncer de mama e seu tratamento interferem em alguns aspectos da QV, nas atividades cotidianas e no desempenho de papéis sociais da mulher. As autoras sugerem que uma orientação bem realizada e a adesão a um serviço de reabilitação integral diminuem os eventos adversos e possibilitam uma reconstrução efetiva da vida ocupacional.

Além da alteração no papel social, é importante reiterar que o câncer de mama acarreta mudanças na imagem corporal, que impactam nas funções emocional, social e física e geralmente ocasionam efeitos temporários ou

permanentes na vida da mulher, o que requer compreensão dos profissionais e intervenções direcionadas a cada momento vivenciado (SANTOS; VIEIRA, 2011). Assim, é necessário que o profissional conheça as toxicidades inerentes ao tratamento, com o intuito de orientar previamente as mulheres para a ocorrência destes, identificando precocemente, afim de tratá-los e/ou amenizá-los, favorecendo melhores condições de vida para as acometidas (MINEO *et al.*, 2013).

Vale a pena destacar a importância de avaliações contínuas pelo enfermeiro durante todo o itinerário terapêutico, focando não apenas na sintomatologia física, mas também nos aspectos biopsicossociais envolvidos, visando a resolubilidade dos problemas e melhor QV com cuidados individualizados (GOZZO *et al.*, 2013). É fundamental que o enfermeiro possua competência técnica e sensibilidade frente à mulher e sua família (COSTA *et al.*, 2011).

A assistência realizada singular e holisticamente diante da patologia altera toda a dinâmica familiar e social da mulher (EWALD; DANIELSKI, 2013). O cuidado deve estar embasado em evidências científicas, que fornecem estrutura para o enfermeiro gerenciar as ações e auxiliar as mulheres a manterem boas condições de vida e saúde durante e após a terapêutica, respeitando suas crenças e valores culturais (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012). O cuidado humanizado, individual e integral torna o enfermeiro um profissional reconhecido, com habilidades técnicas e de diálogo, capaz de proporcionar melhor QV (COSTA *et al.*, 2011).

Segundo Carvalho *et al.* (2013), para o atendimento de mulheres com câncer de mama é preciso conhecer como é sua relação com o mundo, que pode ser influenciada pelas relações pessoais, meio ambiente e afetar suas atividades diárias. É necessária uma investigação além das características físicas da mulher e dos aspectos do tumor, reiteram Gomes *et al.* (2011).

Em um estudo desenvolvido na Malásia em 2013, ao considerar que há diferenças nas experiências de vida em diferentes grupos étnicos, com culturas e religiões distintas, comparou-se a QV de mulheres Malaias e Chinesas recém-diagnosticadas com câncer de mama e identificou que as mulheres Malaias tiveram um maior impacto na QV geral, bem como nos sintomas específicos da mama. Esses achados demonstram a relevância de medir a QV e destacam que o entendimento dos profissionais em relação aos aspectos afetados permitem melhores condutas e apoio no sentido de melhorar a QV dessas mulheres independente da etnia (YUSUF *et al.*, 2013).

É fundamental que a enfermagem considere todos os aspectos biopsicossociais envolvidos. Porém, o que se observa na prática da enfermagem é que o enfoque na assistência está no aspecto físico, minimizando os emocionais, cognitivos e sociais igualmente importantes e que, em alguns estudos, se revelam frequentes e impactantes (GUIMARÃES; ANJOS, 2012; MACHADO; BERGMANN, 2012; CARVALHO *et al.*, 2013; FANGEL *et al.*, 2013; BRÉDART *et al.*, 2013; JASSIM; WHITFORD, 2013; BAYRAM; DURNA; AKIN, 2014). Neste sentido, a avaliação da QV é um instrumento fundamental para a enfermagem identificar os aspectos que interferem na vida das mulheres e subsidiar uma assistência adequada e integral, realizando intervenções efetivas e eficazes.

Inicialmente, a proposta desta pesquisa era trabalhar com as modalidades quimioterápicas adjuvante, neoadjuvante e paliativa, entretanto, a terapêutica paliativa foi excluída, devido ao número mínimo de casos, apenas três, o que inviabilizaria a análise entre as modalidades.

Tendo em vista o número crescente de diagnósticos de câncer de mama e a ampla utilização da quimioterapia como modalidade terapêutica, há uma preocupação com a QV destas mulheres diante do tratamento, associada aos seus efeitos tóxicos. Dentro deste contexto, surge a questão norteadora desta pesquisa: em que aspectos (físico, emocional, social e cognitivo) a quimioterapia, nas modalidades adjuvante e neoadjuvante, interfere na QV das mulheres com câncer de mama?

2 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a qualidade de vida das mulheres com diagnóstico de câncer de mama submetidas ao tratamento quimioterápico.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres com diagnóstico de câncer de mama.
- Identificar as alterações na qualidade de vida das mulheres com diagnóstico de câncer de mama nas diferentes etapas e modalidades do tratamento quimioterápico neoadjuvante e adjuvante.
- Comparar a qualidade de vida das mulheres com diagnóstico de câncer de mama nas diferentes etapas e modalidades de tratamento quimioterápico neoadjuvante e adjuvante.
- Associar os domínios alterados na qualidade de vida às características sociodemográficas das mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa quantitativa, observacional, longitudinal, descritiva e analítica. Os estudos quantitativos enfatizam os atributos mensuráveis da experiência humana e a objetividade na coleta e análise das informações. Além de utilizar procedimentos estruturados e instrumentos formais para a coleta de informações (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A observação dá ênfase na natureza objetiva e sistemática da operação e requer planejamento prévio, controle das observações, registro sistemático e relação com a teoria científica, além de permitir profundidade e amplitude de informações a serem coletadas (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Nos estudos observacionais os pesquisadores observam o que ocorre com os pacientes que podem estar expostos ou não a uma intervenção e sua principal vantagem é a factibilidade (FLETCHER & FLETCHER, 2006).

No estudo longitudinal um grupo de pessoas que possuem algo em comum são acompanhadas por um período de tempo para que se verifique o desenvolvimento do desfecho. A coorte prospectiva é reunida no presente e acompanhada em direção ao futuro (FLETCHER & FLETCHER, 2006). O investigador seleciona a amostra e mede variáveis preditoras antes do período de seguimento no qual observará os desfechos. É uma estratégia para definir a incidência de uma condição clínica, assim como investigar suas possíveis causas (HULLEY *et al.*, 2008).

Estudos descritivos exploram as características de saúde de uma população e geralmente são acompanhados por estudos analíticos que avaliam as associações para efetuar inferências sobre relações de causa-efeito (HULLEY *et al.*, 2008).

3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um Hospital geral, universitário e público, no ambulatório de hematologia-oncologia, cujos atendimentos são exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) localizado no Estado do Paraná. É o maior Hospital do Estado e, entre os universitários, o quinto maior do país.

É uma instituição de atendimento terciário, tem estrutura tecnológica e instrumental técnico para casos de alta complexidade e consultas especializadas, além de ser um hospital-escola que atua na formação de diversos profissionais na área da saúde, tanto na assistência como na pesquisa e extensão (UFPR, 2014). Possui aproximadamente 2.900 funcionários, entre médicos, profissionais de enfermagem e outras áreas, além de professores, voluntários e residentes multiprofissionais que também atuam na instituição (UFPR, 2015).

O modelo de gestão adotado é o de Unidades Gerenciais, proposto pelo Ministério da Saúde, baseado na descentralização administrativa e na corresponsabilidade do corpo funcional. Desta forma, a Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia (UHHO) é composta pelos serviços de transplante de Medula Óssea (STMO), Hematologia e Oncologia e de Hemoterapia. O ambulatório de Hemato/Onco realiza consultas médicas, retornos, tratamento quimioterápico, transfusões sanguíneas e atendimento de intercorrências quimioterápicas. Segundo dados do Relatório anual no ano de 2011 foram totalizados 101.532 atendimentos (UFPR, 2015).

O ambulatório conta com a equipe médica (dois oncologistas, cinco hematologistas e residentes de ambas as especialidades), oito enfermeiros (dois exclusivos para cuidados paliativos), quatro técnicos de enfermagem, dois assistentes sociais, um residente em terapia ocupacional e um residente de psicologia. Além disso, é campo de estágio para os graduandos de enfermagem. Aproximadamente 500 atendimentos mensais no setor são realizados pela enfermagem.

Todos os pacientes oncológicos que realizam quimioterapia passam primeiramente pela consulta médica para definição do protocolo de tratamento e posteriormente são encaminhados à enfermagem para iniciar as sessões. No primeiro dia de quimioterapia são realizadas orientações pela equipe de enfermagem em relação aos efeitos das drogas utilizadas, cuidados durante o tratamento, rotinas do setor (retornos e exames) e entregue um manual com orientações para auxiliá-los.

3.3 PARTICIPANTES E PERÍODO DA PESQUISA

Foram consideradas elegíveis para ingressar nesta pesquisa mulheres portadoras de câncer de mama com idade superior a 18 anos, que estavam iniciando o tratamento quimioterápico em uma das modalidades, neoadjuvante, adjuvante ou paliativa.

Da amostra por conveniência, com 81 mulheres, 70 foram incluídas na pesquisa e 11 foram consideradas inelegíveis. Destas, 9 não foram abordadas no primeiro dia de quimioterapia e duas recusaram participar. Das 70 mulheres elegíveis, três eram da modalidade terapêutica paliativa e foram excluídas.

A primeira etapa foi constituída por 67 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão e responderam aos questionários, referentes àquelas que realizaram a terapêutica neoadjuvante ($n=53$) e adjuvante ($n=14$). Na segunda etapa, participaram 66 mulheres que responderam aos questionários, com descontinuidade de uma neoadjuvante por toxicidade quimioterápica. E, na terceira etapa, participaram 61 mulheres que responderam aos questionários, com cinco descontinuidades, sendo três neoadjuvantes, duas pelo fato de não conseguir contato dentro do prazo estipulado para esta etapa e uma por toxicidade quimioterápica, e duas adjuvantes, cujo contato dentro do prazo estipulado não foi possível (Figura 1).

Foi coletado um total de 197 questionários. A abordagem foi realizada no ambulatório de Hematologia/Oncologia no primeiro dia de quimioterapia, após as orientações quanto ao tratamento e rotinas do setor.

O período da pesquisa foi de maio de 2013 a maio de 2015. Esta pesquisa faz parte do projeto temático da orientadora intitulado “Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos submetidos à Quimioterapia”, com início no ano de 2013, cujo objetivo era investigar a QV dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico.

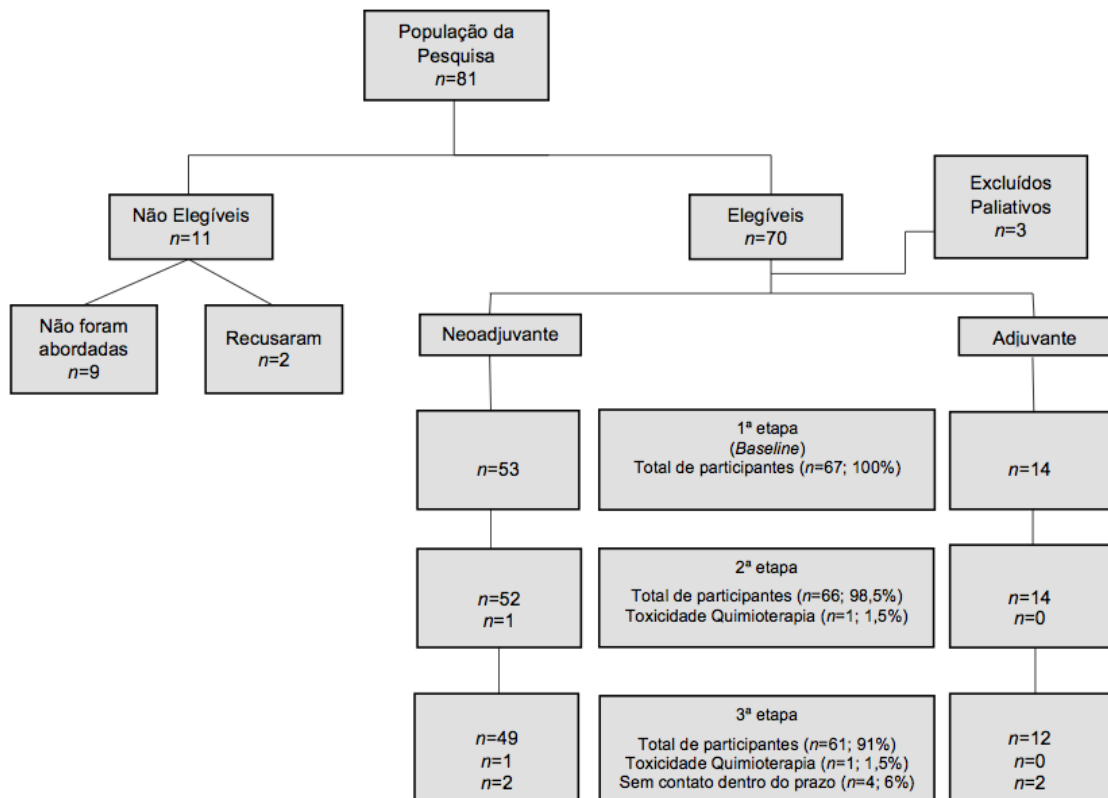


FIGURA 1 - Fluxograma de inclusão e delineamento da pesquisa
FONTE: O autor (2015)

3.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram utilizados três questionários para cada paciente:

a) Questionário (Q1) de caracterização: questionário estruturado com dados relativos às informações sociodemográficas e clínicas (Apêndice 2), coletado no primeiro dia de tratamento, para obter o perfil das pacientes da pesquisa.

b) Questionário (Q2) elaborado pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer EORTC, QLQ-C30, versão 3.0, específico para avaliar a QV de pacientes oncológicos, em português, validado para o Brasil (Anexo 1).

O questionário EORTC QLQ-C30 (Q2) é um instrumento composto por 30 itens divididos em cinco escalas funcionais, três escalas de sintomas, duas perguntas sobre o estado geral de saúde e seis itens individuais demonstrados no Quadro 1.

As escalas de respostas de funcionalidade e de sintomas são do tipo *Likert*, correspondendo as proposições “não” (1), “pouco” (2), “moderadamente” (3) e “muito” (4), exceto para a escala de saúde global e QV, em que ambas se baseiam entre “péssima” (1) e “ótima” (7).

ESCALA QLQ C30 (versão 3.0)	QUESTÃO
Estado de Saúde Global / QV	
Estado de saúde global/QV (revisado) [†]	29, 30
Escala Funcional	
Funcionamento Físico (revisado) [†]	1 a 5
Desempenho Pessoal (revisado) [†]	6, 7
Funcionamento Emocional	21 a 24
Funcionamento Cognitivo	20, 25
Funcionamento Social	26, 27
Escala de Sintomas / Itens	
Fadiga	10, 12, 18
Náusea e Vômito	14, 15
Dor	9, 19
Dispneia	8
Insônia	11
Perda de Appetite	13
Constipação	16
Diarreia	17
Dificuldades Financeiras	28

QUADRO 1 – ESCORE DO *EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER – EORTC - QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE C30 (EORTC QLQ-C30)*

FONTE: Adaptado do *EORTC QLQ-C30 Scoring Manual* (2001)

NOTA: Escalas [†] (revisado) são aquelas que foram alteradas desde a versão 1.0

c) Questionário (Q3) QLQ-BR23 direcionado para doença de base com questões relacionadas ao câncer de mama, versão 1.0, em português, validado para o Brasil (Anexo 2).

O EORTC QLQ-BR23 (Q3) investiga a QV em pacientes com câncer de mama e consta de 23 perguntas incorporadas a uma escala funcional e uma de sintomas listadas no Quadro 2.

As escalas de respostas também são representadas tipo *Likert*, variando entre 1 e 4, com as mesmas proposições do questionário geral (“não”, “pouco”, “moderadamente” e “muito”).

ESCALA QLQ BR23 (versão 1.0)	QUESTÃO
Escala Funcional	
Imagem Corporal	9 a 12
Função Sexual	14, 15
Satisfação Sexual	16
Perspectiva Futura	13
Escala de Sintomas / Itens	
Efeitos Sistêmicos da Terapia	1 a 4, 6 a 8
Sintomas de Mama	20 a 23
Sintomas de Braço	17 a 19
Chateada pela Perda de Cabelo	5

QUADRO 2 – ESCORE DO EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER – EORTC - QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE BR23 (EORTC QLQ-BR23)

FONTE: Adaptado do EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (2001)

NOTA: Escalas “Satisfação Sexual” e “Chateada pela Perda de Cabelo” não são aplicáveis se as respostas das perguntas 5 e 4 forem “não”, respectivamente

A coleta de dados foi realizada em três etapas: a primeira etapa foi antes do tratamento quimioterápico ou no primeiro dia de quimioterapia (pré-tratamento) estabelecido como *baseline*, a segunda etapa (40 a 50 dias após a primeira aplicação de quimioterapia), período em que os efeitos adversos começam a ocorrer, e a terceira etapa (40 a 50 dias após a segunda aplicação do questionário),

em que os efeitos adversos estão sendo gerenciados pela equipe e as mulheres já se encontram adaptadas ao tratamento, demonstrados na Figura 2.

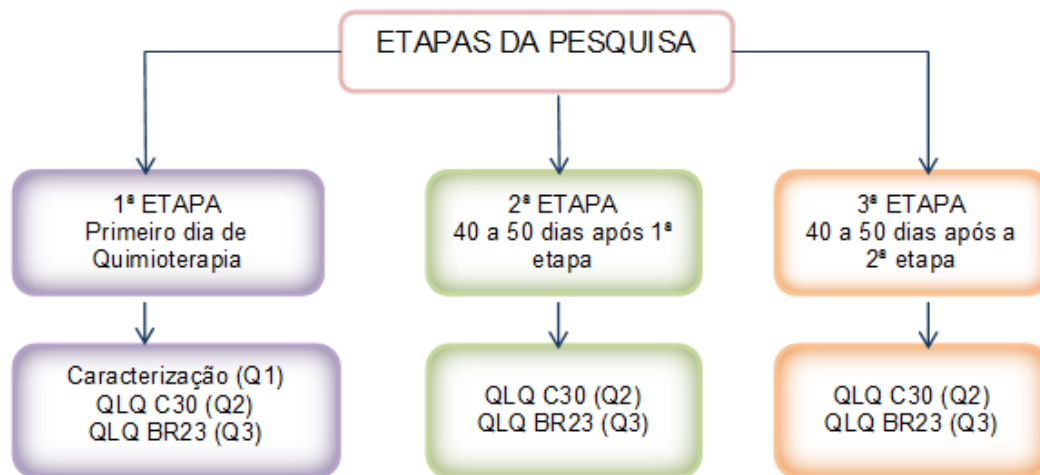


FIGURA 2 – Etapas da pesquisa e questionários utilizados em cada etapa.
FONTE: O autor (2014)

Os questionários do EORTC são estruturados, originalmente, para serem autorrespondidos. Porém, em alguns casos, considerando a baixa escolaridade da população estudada, foi realizada a aplicação do questionário com o próprio pesquisador ou entrevistadores treinados. Os treinamentos foram realizados com profissionais do setor e acadêmicos de enfermagem que estavam em estágio curricular e participavam da pesquisa como alunos de iniciação científica.

Nos casos em que não foi possível abordar a paciente no setor por incompatibilidade de horário ou término do tratamento de acordo com o protocolo utilizado, as mesmas foram contatadas por telefone (quatro) ou *e-mail* (três) pela pesquisadora.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sociodemográficos foram avaliados por frequência absoluta e relativa para a caracterização das participantes.

Os escores dos questionários aplicados foram calculados de acordo com as normas estabelecidas no *Scoring* Manual do EORTC, que determina que os resultados dos questionários devem ser agrupados nas respectivas escalas, expressos em pontuações que variam de 0 a 100 (FAYERS *et al.*, 2001). Para as cinco escalas funcionais e para o estado geral da saúde, um escore maior representa um maior nível de funcionalidade e um melhor estado geral, respectivamente, o que corresponde a uma maior QV. Para as três escalas de sintomas, um escore maior representa um maior número de sintomatologia ou problemas, evidenciando menor QV.

Os dados obtidos nos questionários foram organizados em tabelas elaboradas no programa *Microsoft® Excel* 2010, e posteriormente analisadas estatisticamente com auxílio do profissional estatístico, membro do Laboratório de Estatística Aplicada (LEA) da UFPR, que presta assessoria estatística a pesquisas desenvolvidas pela Universidade e em outras instituições.

Foram analisados os itens 1 a 30 do questionário QLQ-C30 e os 23 itens do questionário QLQ-BR23 de acordo com o *Scoring* Manual do EORTC. Para análise do questionário QLQ-C30, foi estabelecido um escore bruto (EB) para cada escala, formado pela somatória do valor das alternativas apontadas em cada questão/item que compõe a escala e dividido pelo número de respostas. Os valores das alternativas variam de um a quatro para as perguntas 1 a 28, e de um a sete para as perguntas 29 e 30 (FAYERS *et al.*, 2001). Assim, tem-se:

$$EB = q1 + q2 + q3... + qn$$

(1)

onde:

EB = escore bruto

q1, q2, q3, qn = valor das questões 1, 2, 3...

n = número de respostas

Os itens do QLQ-C30 são subdivididos em três escalas: estado global de saúde, escala funcional e escala de sintomas. O cálculo dessas três escalas passou

pela transformação linear dos escores brutos de cada item e cada escore assumiu valor entre 0 e 100, seguindo os seguintes passos:

- Para cálculo da escala global de saúde / QV

$$\text{Escore} = \left[(EB - 1) / \text{variação} \times 100 \right] \quad (2)$$

onde:

EB = escore bruto

- Para cálculo das escalas funcionais

$$\text{Escore} = \left[1 - (EB - 1) / \text{variação} \times 100 \right] \quad (3)$$

onde:

EB = escore bruto

- Para cálculo das escalas / itens de sintomas

$$\text{Escore} = \left[(EB - 1) / \text{variação} \times 100 \right] \quad (4)$$

onde:

EB = escore bruto

Para análise do questionário QLQ-BR23 foi realizado o mesmo cálculo utilizado para o QLQ-C30 para estabelecer o EB em cada escala. Os valores das alternativas variam de um a quatro para todas as perguntas e os itens do QLQ-BR23 foram subdivididos em duas escalas: escala funcional e escala de sintomas. Foi

realizada a transformação linear para essas escalas considerando as mesmas regras das escalas de sintomas e escala funcional do QLQ-C30 (FAYERS *et al.*, 2001).

Após os cálculos, foi realizada uma análise descritiva das escalas para resumo dos dados coletados por meio de tabelas de distribuição de frequência e de medidas descritivas expressas em média (M), desvio padrão (DP) e valores mínimos e máximos que cada item poderia assumir.

Posteriormente, foi aplicado o teste não paramétrico de *Friedman* em cada um dos escores para comparação entre as etapas. Esse teste verifica a diferença nas classificações dos escores de três ou mais grupos relacionados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011), complementado pelo teste de Diferença Mínima Significativa de comparações múltiplas. Resultados com p valor igual ou abaixo de 0,05 foram considerados significantes ($p \leq 0,05$).

Foram realizadas associações entre as variáveis sociodemográficas mais frequentes na literatura com as variáveis significativas do QLQ-C30 e com a QV e saúde global em cada etapa do tratamento. Associou-se as variáveis escolaridade, renda familiar, tempo de diagnóstico, comorbidade e estadiamento com a variável QV e saúde global. A variável estadiamento foi associada as variáveis função física, fadiga e náusea e vômito e a função emocional foi associada as variáveis idade, estado civil, filhos, ocupação e renda familiar. Para estas associações foram aplicados os testes não paramétricos de *Spearman*, teste do coeficiente de correlação para dados ordinais, e de *Kruskal-Wallis* (KW), teste que determina a relação entre uma variável ordinal e intervalar, procura estabelecer se três ou mais grupos diferem entre si (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005).

Para a comparação entre as modalidades adjuvante e neoadjuvante foi utilizado o teste de *Mann Whitney* (U), que testa a diferença nas classificações dos escores em dois grupos independentes (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Os testes não-paramétricos são métodos estatísticos utilizados para estudar diferenças e associações entre variáveis quando uma distribuição gaussiana não pode ser suposta (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, sob a Emenda do CAEE Nº 00552012.4.0000.0096, Parecer Nº 518.067 (Anexo 3). A pesquisa segue todos os procedimentos de acordo com os padrões éticos estabelecidos pelo Comitê de Pesquisa em Seres Humanos institucional, resolução 466/2012.

A utilização dos questionários foi autorizada para o desenvolvimento da presente pesquisa, mediante registro da mesma no EORTC que disponibilizou o questionário por meio de download (Anexo 4) diretamente para o pesquisador.

4 RESULTADOS

Os dados sociodemográficos das 67 mulheres apresentados na Tabela 1 demonstram que a média de idade das participantes foi de 51,3 anos, com variação de 30 a 77 anos, 61,2% ($n = 41$) são casadas ou amasiadas e 64,2% ($n = 43$) possuem de um a três filhos. Quanto à escolaridade, 43,3% ($n = 29$) estudou menos de 9 anos, o que compreende o ensino fundamental incompleto ou completo. Em relação à renda familiar e *per capita* a média foi de 2,8 e 1,1 salários mínimos, respectivamente, com base no salário mínimo vigente no ano de 2015 (R\$ 788,00).

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE E ADJUVANTE, EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

VARIÁVEIS		
Idade (Anos)	M=51,3	30↔77
	n=67	%
20–35	6	8,9
36–49	24	35,8
50–59	19	28,4
Acima de 60	18	26,9
Estado civil		
Solteiras	8	11,9
Casadas ou amasiadas	41	61,2
Separadas ou divorciadas	8	11,9
Viúvas	10	15
Nº de filhos		
Nenhum	10	15
1 a 3	43	64,2
3 ou mais	14	20,8
Escolaridade		
Até 9 anos de estudo	29	43,3
9 a 12 anos de estudo	19	28,4
Mais de 12 anos de estudo	17	25,4
Não respondeu a pergunta	2	2,9
Ocupação		
Ativas	38	56,7
Aposentadas	9	13,4
Do lar	17	25,4
Desempregadas	3	4,5
Renda familiar	2,8*	-
Renda <i>per capita</i>	1,1*	-

FONTE: A autora (2015)

NOTA: *valor em salários mínimos

Quanto à presença de comorbidades, a hipertensão foi citada com 35,8% ($n=24$) seguida de diabetes com 7,5% ($n=5$), dislipidemia com 6% ($n=4$) e hipotireoidismo com 4,5% ($n=3$); 49,3% ($n=33$) referiram não possuir nenhuma doença secundária. Em alguns casos, as mulheres apresentaram mais de uma comorbidade, tais como: hipertireoidismo, doença de chagas, depressão, distonia motora, púrpura trombocitopênica, cardiopatia, artrose, psoríase, osteoporose, infarto do miocárdio e hepatite C.

Quanto aos dados clínicos apresentados na Tabela 2, 64,2% ($n=43$) das mulheres não eram fumantes e 74,6% ($n=50$) não praticam nenhum tipo de atividade física. No que se refere ao tempo transcorrido da data do diagnóstico ao início do tratamento quimioterápico o mesmo variou de 16 dias a 183 dias, conforme esquema terapêutico neoadjuvante e adjuvante.

Evidenciou-se na Tabela 3 que o estadió clínico EC III é frequente em 82% ($n=55$) e o tratamento quimioterápico predominante foi o neoadjuvante com 79,1% ($n=53$). Quanto ao esquema terapêutico, o protocolo AC-T (Adriamicina® e Ciclofosfamida® seguido de Taxol®) foi mais utilizado.

TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE E ADJUVANTE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

VARIÁVEIS	$n=67$	%
Tabagismo		
Fumante	13	19,4
Não fumante	43	64,2
Prática pregressa	11	16,4
Etilismo		
Não ingere bebida alcoólica	51	76,1
Ingere moderadamente	10	15
Prática intensa	6	8,9
Prática de atividade física		
Não pratica	50	74,6
Prática esporádica	12	18
Prática regular	5	7,4
Tempo para início do tratamento		
Neoadjuvante	57,1 (16-183)*	-
Adjuvante	73,2 (29-175)*	-

FONTE: A autora (2015)

NOTA: *média e variação em dias

TABELA 3 – CARACTERÍSTICAS TERAPÊUTICAS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE E ADJUVANTE, EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Variáveis	n=67	%
Estadio clínico		
EC I	6	9
EC II	6	9
EC III	55	82
Tipo de tratamento quimioterápico		
Neoadjuvante	53	79,1
Adjuvante	14	20,9
Esquema terapêutico		
Neoadjuvante		
AC-T	32	47,7
AC-TH	14	20,9
AC	3	4,5
CD	3	4,5
AC-D	1	1,5
Adjuvante		
CD	4	6
CD-H	4	6
AC-T	3	4,5
AC-TH	2	2,9
AC	1	1,5

FONTE: A autora (2015)

NOTA: Adriamicina®, Ciclofosfamida®, Taxol®(**AC-T**); Adriamicina®, Ciclofosfamida®, Taxol®, Herceptin®(**AC-TH**); Adriamicina®, Ciclofosfamida®(**AC**); Ciclofosfamida®, Taxotere®(**CD**); Adriamicina®, Ciclofosfamida®, Taxotere®(**AC-D**); Ciclofosfamida®, Taxotere®, Herceptin®(**CD-H**); Ciclofosfamida®, Adriamicina®, Fluouracil®(**CAF**); Taxol®(**T**)

Em relação aos dados do questionário QLQ-C30 coletados na primeira etapa da pesquisa, no primeiro dia de quimioterapia (Tabela 4), observa-se que a qualidade de vida global foi considerada satisfatória, com média de 74,63%. As escalas funcionais, função emocional apresenta pior média, 50,25%, e o desempenho pessoal obteve média superior, 82,34%. Já na escala de sintomas predominou a insônia, com 29,35%, seguido da dor, com 27,86%.

Na segunda etapa da pesquisa que ocorreu de 40 a 50 dias após a primeira etapa (Tabela 4), a média da qualidade de vida global foi de 71,46%. Nas escalas funcionais as médias variaram de 60,73% a 79,80%, na função emocional e social, respectivamente. Nas escalas de sintomas a fadiga obteve média de 40,68%.

Em relação à terceira etapa, realizada após 40 a 50 dias da segunda etapa (Tabela 4), a qualidade de vida global apresentou média de 69,13%. Nas escalas funcionais a função emocional obteve a média mais baixa, 63,25%, com 82,24% de média na função social. Nas escalas de sintomas, o sintoma fadiga foi preponderante com média de 40,19%.

TABELA 4 – MEDIDAS DESCRITIVAS DOS DOMÍNIOS DO QLQ-C30 NEOADJUVANTE E ADJUVANTE NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA

Quality of Life Questionnaire – Core 30 (QLQ C30)									
DOMÍNIOS	1ª Etapa n=67			2ª Etapa n=66			3ª Etapa n=61		
	Média	Mín-Máx	DP	Média	Mín-Máx	DP	Média	Mín-Máx	DP
Qualidade de Vida Global	74,63	16,67-100	22,54	71,46	16,67-100	20,88	69,13	0-100	23,24
Escala Funcional									
Função Física	80,60	20-100	20,69	76,57	26,67-100	19,89	72,46	13,33-100	24,45
Desempenho Pessoal	82,34	0-100	27,66	71,72	0-100	32,55	73,22	0-100	31,37
Função Emocional	50,25	0-100	32,56	60,73	0-100	29,34	63,25	0-100	27,49
Função Cognitiva	77,86	0-100	28,19	71,72	0-100	28,49	72,95	0-100	29,05
Função social	79,10	0-100	30,75	79,80	0-100	28,27	82,24	0-100	25,80
Escala de Sintomas / Itens									
Fadiga	20,65	0-88,89	25,91	40,68	0-100	31,44	40,19	0-100	32,61
Náusea e Vômito	5,72	0-83,33	15,23	25,25	0-100	25,86	21,04	0-83,33	25,07
Dor	27,86	0-100	31,83	28,79	0-100	35,51	29,23	0-100	32,44
Dispneia	13,64	0-100	28,03	14,81	0-100	27,94	14,75	0-100	23,19
Insônia	29,35	0-100	36,01	31,28	0-100	39,91	29,51	0-100	32,83
Perda de Appetite	15,42	0-100	29,77	23,23	0-100	33,06	19,67	0-100	30,05
Constipação	17,68	0-100	28,78	32,32	0-100	39,21	31,15	0-100	37,45
Diarreia	4,98	0-66,67	15,63	7,58	0-66,67	18,30	6,56	0-66,67	17,02
Dificuldades Financeiras	26,37	0-100	38,72	22,73	0-100	31,57	22,22	0-100	29,86

FONTE: A autora (2015)

Os resultados do questionário QLQ-C30 em relação à comparação entre as três etapas da pesquisa (Tabela 5) demonstraram que a função física foi estatisticamente significativa entre a primeira e a terceira etapa, e a função emocional entre a primeira e a segunda etapa e, entre a primeira e a terceira etapa.

TABELA 5 – DOMÍNIOS SIGNIFICATIVOS DO QUESTIONÁRIO QLQ-C30 NAS MODALIDADES DE QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE E ADJUVANTE ENTRE AS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA

Quality of Life Questionnaire – Core 30 (QLQ C30)									
DOMÍNIOS	1ª Etapa	2ª Etapa	p-valor	1ª Etapa	3ª Etapa	p-valor	2ª Etapa	3ª Etapa	p-valor
Qualidade de Vida Global	74,63	71,46	ns**	74,63	69,13	ns	71,46	69,13	ns
Escala Funcional									
Função Física	80,60	76,57	-	80,60	72,46	<0,001*	76,57	72,46	-
Desempenho Pessoal	82,34	71,72	ns	82,34	73,22	ns	71,72	73,22	ns
Função emocional	50,25	60,73	<0,05*	50,25	63,25	<0,05*	60,73	63,25	-
Escala de Sintomas / Itens									
Fadiga	20,65	40,68	<0,001*	20,65	40,19	<0,001*	40,68	40,19	-
Náusea e Vômito	5,72	25,25	<0,001*	5,72	21,04	<0,01*	25,25	21,04	-
Perda de Appetite	15,42	23,23	ns	15,42	19,67	ns	23,23	19,67	ns
Constipação	17,68	32,32	ns	17,68	31,15	ns	32,32	31,15	ns

FONTE: A autora (2015)

NOTA: *Significativo **ns: não significativo

Em relação aos dados do questionário QLQ-C30 comparados entre as modalidades neoadjuvante e adjuvante nas três etapas da pesquisa (Tabela 6), observaram-se diferenças estatisticamente significantes para o sintoma dor na primeira etapa para a modalidade neoadjuvante. Na segunda etapa não houve diferenças significativas.

TABELA 6 – DOMÍNIOS SIGNIFICATIVOS DO QUESTIONÁRIO QLQ-C30 ENTRE AS MODALIDADES NEOADJUVANTE E ADJUVANTE NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA

Quality of Life Questionnaire – Core 30 (QLQ-C30)									
DOMÍNIOS	1ª Etapa	U	p-valor	2ª Etapa	U	p-valor	3ª Etapa	U	p-valor
Escala Funcional									
Função Física	80,60	286,5	0,19	76,57	306	0,37	72,46	167,5	0,02*
Desempenho Pessoal	82,34	302,5	0,29	71,72	327,5	0,57	73,22	162,5	0,02*
Função Cognitiva	77,86	312,5	0,37	71,72	342	0,74	72,95	173,5	0,03*
Escala de Sintomas / Itens									
Dor	27,86	224	0,02*	28,79	308,5	0,39	29,23	214	0,18
Dispneia	13,64	346,5	0,79	14,81	304	0,73	14,75	168	0,02*

FONTE: A autora (2015)

NOTA: *Significativo

Após análise dos dados apresentados foi realizada associação das variáveis sociodemográficas mais frequentes na literatura com o domínio Qualidade de Vida global do questionário QLQ-C30. A associação ocorreu entre as três etapas da pesquisa com o intuito de identificar quais fatores alteram a QV e o momento em que ocorreu. É possível observar que a associação entre estadiamento e QV global foi estatisticamente significativa na primeira e terceira etapa da pesquisa (Tabela 7).

TABELA 7 – DADOS DESCRITIVOS DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O DOMÍNIO QV GLOBAL E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	Qualidade de Vida Global			
	1ª Etapa	2ª Etapa	3ª Etapa	Teste
Idade	0,96	0,58	0,15	KW
Escolaridade	0,67	0,36	0,88	KW
Renda familiar	0,29	0,65	0,50	KW
Tempo de diagnóstico	0,8	0,4	0,14	<i>Spearman</i>
Comorbidade	0,27	0,47	0,32	U
Estadiamento	0,047*	0,48	0,014*	KW

FONTE: A Autora (2015)

NOTA: *p valor significativo, KW – *Kruskal Wallis*, U – *Mann Whitney*

A variável estadiamento, posteriormente, foi associada aos domínios do QLQ-C30 estatisticamente significantes, nas três etapas da pesquisa, para averiguar

possíveis funções e/ou sintomas que apresentaram impacto. Verificou-se que a associação do estadiamento com a função física foi significativa na terceira etapa e com o sintoma fadiga na primeira etapa (Tabela 8).

TABELA 8 – DADOS DESCRITIVOS DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL ESTADIAMENTO E AS VARIÁVEIS DO QLQ-C30

VARIÁVEIS QLQ-C30	Estadiamento			
	1ª Etapa	2ª Etapa	3ª Etapa	Teste
Função Física	0,28	0,08	0,03*	KW
Fadiga	0,048*	0,06	0,24	KW
Náusea e vômito	0,49	0,28	0,24	KW

FONTE: A Autora (2015)

NOTA: *p valor significativo, KW – *Kruskal Wallis*

A função emocional do QLQ-C30 foi o domínio mais afetado em todas as etapas da pesquisa, sendo relevante sua associação com as variáveis sociodemográficas relatadas na literatura. Na Tabela 9, é possível observar que a associação função emocional e a variável filhos foi estatisticamente significante na terceira etapa da pesquisa.

TABELA 9 – DADOS DESCRITIVOS DA ASSOCIAÇÃO ENTRE FUNÇÃO EMOCIONAL DO QLQ-C30 E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	Função Emocional			
	1ª Etapa	2ª Etapa	3ª Etapa	Teste
Idade	0,76	0,91	0,18	KW
Estado Civil	04	0,76	0,95	KW
Filhos	0,41	0,98	0,0007*	KW
Ocupação	0,15	0,66	0,46	KW
Renda Familiar	0,2	0,48	0,46	KW

FONTE: A Autora(2015)

NOTA: *p valor significativo, KW – *Kruskal Wallis*

Quanto ao questionário QLQ-BR23, na primeira etapa da pesquisa (Tabela 10) verificou-se que nas escalas funcionais as médias variaram de 32,18% na satisfação sexual a 83,21% na função imagem corporal. Nas escalas de sintomas, os sintomas das mamas obtiveram média de 33,33%.

Na segunda etapa (Tabela 10), nas escalas funcionais a perspectiva futura obteve média de 39,39% e a imagem corporal de 77,02%, enquanto nas escalas de sintomas o item chateada pela perda de cabelo obteve 49,48%.

Em relação à terceira etapa (Tabela 10), as escalas funcionais variaram de 38,67% a 75% nas funções satisfação sexual e imagem corporal, respectivamente.

TABELA 10 – MEDIDAS DESCRITIVAS DOS DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO QLQ-BR23 NAS TRÊS ETAPAS DA PESQUISA

Quality of Life Questionnaire – Breast Cancer (QLQ-BR23)									
	1ª Etapa n=67			2ª Etapa n=66			3ª Etapa n=61		
ESCORES	Média	Mín-Máx	DP	Média	Mín-Máx	DP	Média	Mín-Máx	DP
Escala Funcional									
Imagem Corporal	83,21	16,67-100	21,93	77,02	0-100	30,63	75	0-100	32,77
Função Sexual	69,70	0-100	30,93	72,66	16,67-100	25,09	74,86	33,33-100	24,44
Satisfação Sexual	32,18	0-100	31,48	46,67	0-100	31,52	38,67	0-100	34,26
Perspectiva Futura	37,37	0-100	36,76	39,39	0-100	40,05	47,22	0-100	34,87
Escala de Sintomas									
Efeitos Sistêmicos	16,49	0-52,38	15,02	45,24	9,52-100	23,82	40,75	0-95,24	22,65
Sintomas da Mama	33,33	0-100	30,12	23,33	0-91,67	23,53	17,90	0-83,33	18,25
Sintomas no Braço	24,54	0-100	27,86	22,05	0-88,89	23,59	30,24	0-100	28,05
Chateada pela Queda de Cabelo	20	0-100	42,16	49,48	0-100	42,41	41,18	0-100	41,41

FONTE: A autora (2015)

NOTA: DP – desvio padrão

Quanto aos domínios significativos do questionário QLQ-BR23 entre as três etapas da pesquisa, verificou-se que nas escalas funcionais não houve diferenças em nenhum dos domínios, enquanto na escala de sintomas os efeitos sistêmicos foram significativos entre a primeira e a segunda etapa e entre a primeira e terceira etapa e os sintomas da mama foram significantes entre a primeira e terceira etapa.

Em relação à comparação dos dados do questionário QLQ-BR23 entre as modalidades neoadjuvante e adjuvante nas três etapas da pesquisa, observaram-se diferenças significativas no domínio sintomas da mama na terceira etapa ($p=0,003$).

Não foi realizada correlação do questionário QLQ-BR23 com as variáveis sociodemográficas por não haver significância em outros domínios diferentes do QLQ-C30.

5 DISCUSSÃO

O câncer de mama é uma doença que provoca alterações em vários aspectos da vida das mulheres exigindo acompanhamento contínuo dos profissionais da saúde. Os estudos de QV visam a identificar o impacto do diagnóstico, do tratamento, dos efeitos adversos, a sobrevivência, bem como as necessidades biopsicossociais durante este percurso, permitindo ao Enfermeiro um planejamento de ações para melhorar as condições de vida dessas mulheres.

A quimioterapia é um tratamento sistêmico, agressivo, que gera medo e representa para a mulher e seus familiares o último recurso a ser utilizado antes da morte. As mulheres que iniciam o tratamento quimioterápico devem ser elucidadas pelo enfermeiro quanto aos seus efeitos adversos, encorajadas constantemente para diminuir seus anseios e dúvidas que prejudicam o seu bem-estar. Adicionalmente, o enfermeiro deve contribuir para a desmistificação dos estigmas e estimular as mulheres a manter suas atividades diárias, com independência, autonomia e participação social.

Conhecer o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres com câncer de mama é fundamental para prestar uma assistência direcionada, integral e de acordo com sua realidade durante cada momento do itinerário terapêutico. Os impactos físicos, emocionais, sociais e cognitivos precisam ser constantemente avaliados para atender com acurácia esta mulher que vivencia o câncer de mama, desde o diagnóstico até o fim da vida.

Nesta pesquisa foi possível observar que a faixa etária de 36 a 49 anos (35,8%) foi a mais incidente, com média de 51,3 anos, o que corrobora com estudos realizados no Brasil no estado de Santa Catarina, em que a idade média foi de 52,9 anos, com predominância na faixa etária de 40 a 49 anos (CARVALHO *et al.*, 2013) e no Sudeste Asiático com média de idade de 50,72 e 50,20 anos, em mulheres Malaias e Chinesas, respectivamente (YUSUF *et al.*, 2013). Outros estudos internacionais diferem deste achado e indicam médias de idade acima dos 60 anos, como na Suécia com média de 61,8 anos (HOYER *et al.*, 2011) e na Itália em que a média foi de 67 anos (VICI *et al.*, 2014).

A idade é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, com incidência progressiva a partir dos 40 anos e média acima

dos 50 anos, segundo dados nacionais do Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 2015). A *American Cancer Society* (2015), em sua publicação mais recente, afirma que a probabilidade de desenvolver câncer de mama aumenta gradativamente, sendo de 1,9% (até 49 anos), 2,3% (50-59 anos), 3,5% (60 a 69 anos) e 6,7% (70 anos ou mais).

Entretanto, possíveis mudanças estão ocorrendo em relação a idade, como evidenciado nas revisões de Keegan *et al.* (2012) nos EUA, de Assi *et al.* (2013) e Reyna e Lee (2014) na população mundial, com aproximadamente 7% dos casos diagnosticados antes dos 40 anos. Na presente pesquisa, 17,1% ($n=12$) das mulheres tinham de 30 a 39 anos no diagnóstico, o que corrobora com esta alteração epidemiológica e é evidenciada no estudo transversal com mulheres tratadas para câncer de mama no Distrito Federal, em que 14,7% da amostra possuíam menos de 40 anos (BARROS; UEMURA; MACEDO, 2013).

Embora a proporção seja pequena, acredita-se que o câncer em mulheres jovens é biologicamente mais agressivo, com diagnósticos tardios e piores resultados (ASSI *et al.*, 2013; PINHEIRO *et al.*, 2013). Em estudo brasileiro, Martins *et al.* (2013) avaliaram a evolução da mortalidade por câncer de mama em mulheres jovens entre 1980 e 2011, e afirmam que há uma tendência de aumento na mortalidade até os 50 anos.

Esses dados servem de alerta aos profissionais quanto aos cuidados direcionados a essas faixas etárias para manter boas condições de vida, além de abranger práticas de prevenção da doença nessas mulheres a nível primário, já que todas são provenientes do SUS. Considerando que o Ministério da Saúde preconiza o ECM para as mulheres a partir dos 40 anos, mamografia bianual na faixa de 50 a 69 anos e a partir dos 35 anos para casos de risco elevado, como estratégias de detecção precoce (BRASIL, 2004) e recentemente, ampliou a mamografia para todas as mulheres a partir dos 40 anos (Lei n. 11.664/2009) são necessárias discussões para um rastreamento efetivo que reduza a incidência e mortalidade.

Além da faixa etária, outros fatores merecem atenção dos profissionais da saúde como o grau de instrução e o status socioeconômico destas mulheres, em que predominam o baixo nível educacional e socioeconômico. Nesta pesquisa, 43,3% ($n=29$) das mulheres estudaram menos que nove anos, tal fato corrobora com outros estudos brasileiros nas regiões Sudeste (NICOLUSSI; SAWADA, 2011), Nordeste (BEZERRA *et al.*, 2013) e Sul (ROSA; RADÜNZ; BRÜGMANN, 2013). Os

baixos níveis de escolaridade e socioeconômicos requerem atenção dos profissionais de saúde quanto às atividades educativas, exigindo linguagem adequada para um bom entendimento (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

Em consonância, Bayram, Durna e Akin (2014) evidenciaram em seu estudo na Turquia graus de escolaridade mais baixos, salientando que esse fato exige cuidados maiores às mulheres com câncer de mama durante a quimioterapia, principalmente, informações contínuas dos enfermeiros em relação à saúde e tratamento destas mulheres para melhorar sua QV.

Estudos contrários revelam que as participantes possuíam ensino superior, como o estudo desenvolvido nos EUA entre mulheres com câncer avançado (WYATT *et al.*, 2013) e em São Paulo, com mulheres participantes de um grupo de apoio (SIMEÃO *et al.*, 2013).

De acordo com Rosa e Radünz (2013), a baixa escolaridade pode estar atrelada ao nível socioeconômico baixo. Nesta pesquisa 56,7% das mulheres encontravam-se economicamente ativas, com renda média *per capita* de 1,1 salários mínimos e média de 2,8 salários mínimos de renda familiar, caracterizando nível socioeconômico baixo, condizente com estudo de perfil sociodemográfico de Leite *et al.* (2011), que obteve o predomínio da classe econômica D⁴.

Simeão *et al.* (2013) destacam que características semelhantes quanto aos níveis socioeconômicos e culturais permitem melhor compreensão e planejamento das necessidades para beneficiar física e psicologicamente as mulheres acometidas. As orientações e abordagens a este grupo necessitam ser conduzidas para que haja uma comunicação efetiva durante todo o tratamento, amenizando os efeitos estressores decorrentes das mudanças que ocorrem na sua vida emocional, social e familiar.

O conhecimento pelos profissionais do estilo de vida e das comorbidades das mulheres que estarão sob seus cuidados é importante para uma abordagem individual e segura. A presença de comorbidades foi evidenciada em 50,7% das mulheres nesta pesquisa e a hipertensão apareceu como o agravo predominante, em concordância com estudo de Gozzo *et al.* (2014), em que a hipertensão foi a patologia mais comum.

⁴O Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas e classifica a classe econômica D em uma pontuação de 8 a 13 pontos (ABEP, 2008).

Estudo brasileiro transversal realizado na cidade paulista de Campinas com 67 mulheres que finalizaram o tratamento oncológico avaliou o perfil lipídico e o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) e identificou que a presença de dislipidemia, hipertensão, diabetes, obesidade e uso de tabaco foram os fatores de risco preponderantes para DCV em mulheres com câncer de mama e merecem atenção na prática clínica (SOUSA-E-SILVA *et al.*, 2014).

Em estudo americano que avaliou a QV entre pacientes com câncer de mama avançado com e sem metástases, ao analisar somente o grupo com metástases a distância demonstrou que a presença de comorbidades está associada ao pior funcionamento físico, dor e dificuldades respiratórias, além de apresentar maior sintomatologia depressiva, exigindo manejo adequado destes sintomas (WYATT *et al.*, 2013).

Quanto aos hábitos de vida, as mulheres nesta pesquisa em sua maioria não fumavam, não ingeriam bebidas alcóolicas e não realizavam atividades físicas. Esses dados corroboram com estudo transversal em Campinas (SP) com 622 mulheres brasileiras que avaliou a prevalência e fatores relacionados à ocorrência de câncer em mulheres acima dos 50 anos (BACCARO *et al.*, 2015). Sabe-se que a prática de atividade física é um fator protetor para o desenvolvimento do câncer de mama, ao contrário do tabagismo e etilismo que são considerados fatores de risco (BRASIL, 2015).

No entanto, a associação entre tabagismo e câncer de mama ainda não está totalmente compreendida. Estudo recente no Canadá, utilizando um desenho de caso-coorte com 39.532 mulheres, estratificou uma subcoorte de 3.314 e foram identificadas um total de 1096 mulheres em toda a coorte, incluindo 141 da subcoorte com câncer de mama e não encontrou associação entre o risco de incidência deste câncer e o tabagismo (CATSBURG *et al.*, 2014). A *American Cancer Society* (2015) coloca que, a longo prazo, o tabagismo pesado pode ser um fator de risco, principalmente em mulheres que iniciaram o uso do tabaco antes da primeira gravidez.

Já o consumo de álcool é um fator de risco estabelecido e confirmado no estudo de coorte desenvolvido no Hawaí e na Califórnia, com 85.089 mulheres cuja finalidade era investigar a associação entre o consumo de álcool e o risco de câncer de mama em uma grande população multiétnica constituída por mulheres que nunca

bebiam ou ingeriam moderadamente, em que foi encontrado associação positiva em quatro dos cinco grupos étnicos estudados (PARK *et al.*, 2014).

Quanto a prática de atividade física, uma revisão sistemática de fatores de risco e de proteção para o câncer de mama evidenciou em um estudo de coorte nos Estados Unidos com 182.862 mulheres que a atividade física exerceu fator protetor ao se realizar exercícios semanais regulares, igual ou superior a 3 vezes/semana (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011). Outros estudos têm evidenciado a atividade física como auxiliar na recuperação física e emocional das mulheres em tratamento, com consequente melhora da QV (MACHADO; BERGMANN, 2012; LOPRINZI; CARDINAL, 2012; CARAYOL *et al.*, 2013).

O diagnóstico e os tratamentos modificam o estilo de vida e o comportamento das mulheres em relação à sua saúde. Cabe aos profissionais da saúde estimular a prática de atividades físicas regulares ao evidenciar os benefícios em prol da saúde das mulheres antes, durante e após o período terapêutico, levando em consideração o momento vivenciado e suas limitações.

Em relação à terapêutica, 53 pacientes (79,1%) realizaram tratamento neoadjuvante, quimioterapia como primeira escolha, o que coaduna com estudo de Gozzo *et al.* (2014) ao avaliar a ocorrência de náusea e vômito no tratamento quimioterápico em 22 mulheres com câncer de mama, das quais 77,3% foram submetidas à terapia neoadjuvante. Esta terapêutica é considerada um padrão no tratamento para casos de câncer de mama inoperáveis com controle local da doença e diminuição do tumor, e atualmente, em casos operáveis tem proporcionado bons resultados, com diminuição do tumor e cirurgias mais conservadoras (ANDRADE *et al.*, 2013; HONG *et al.*, 2013).

Costa e Chagas (2013), em revisão de literatura, com o intuito de analisar os estudos clínicos sobre quimioterapia neoadjuvante em câncer de mama operável ressalta a importância desta terapêutica no tratamento e avaliação do prognóstico destas pacientes, com possibilidades de melhores tratamentos.

Quanto ao tratamento adjuvante, quimioterapia posterior à cirurgia, 14 mulheres foram submetidas a esta terapia. Acredita-se que este número baixo esteja relacionado ao estadió avançado e aos benefícios da quimioterapia neoadjuvante em tumores operáveis.

Carvalho *et al.* (2013) em estudo analítico de coorte em Joinville, Santa Catarina, analisaram a QV de 36 mulheres com câncer de mama potencialmente

curável, com indicação de cirurgia e tratamento quimioterápico adjuvante e observaram que no período de tratamento houve alterações na vida destas mulheres. Foi um período de transformação pessoal, capacidade de superação e angústias pela qual todas foram expostas.

A atuação do enfermeiro é primordial durante esse período ao estabelecer um cuidado efetivo, com segurança, respeito e conhecimento para diminuir as ansiedades e promover mudanças que auxiliem estas mulheres no enfrentamento da doença e seu tratamento.

Estudo descritivo-exploratório, longitudinal, de caracterização sociodemográfica e avaliação da QV de 14 mulheres em terapia adjuvante em Uberlândia, Minas Gerais, com o questionário da EORTC QLQ-C30, denota o impacto negativo da terapia adjuvante sobre a QV do início até o último ciclo de quimioterapia, com relevância às funções físicas, emocional e cognitiva (GUIMARÃES; ANJOS, 2012). O impacto da quimioterapia vai além dos efeitos adversos e interferem negativamente no cotidiano, na imagem corporal e na vida sexual destas mulheres (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Estudo de QV de mulheres tratadas de câncer de mama na cidade do Maranhão, Nordeste do Brasil, utilizando o questionário FACT-B, revela que a adjuvância influenciou significativamente a QV, com piora nos domínios físico, social, funcional e subescala câncer (BEZERRA *et al.*, 2013).

Quanto ao esquema terapêutico, o protocolo constituído por antraciclina e taxanos foi instituído a 76,1% ($n = 51$) das mulheres, com a sequência Adriamicina-ciclofosfamida a cada 21 dias por quatro ciclos, seguido de paclitaxel semanal, por doze ciclos (AC-T). Dados sugerem melhores resultados na neoadjuvância e comprovam superioridade na adjuvância com o uso de antraciclina e taxanos, principalmente se utilizados sequencialmente (ANDRADE *et al.*, 2013; COSTA; CHAGAS, 2013; VICI *et al.*, 2014). O uso de trastuzumabe⁵ (Herceptin®) é indicado para pacientes que apresentam tumores HER-2 positivo e são associados a estas terapias (COSTA, CHAGAS, 2013).

Embora tenha seus benefícios na sobrevida e diminuição de recidivas, a quimioterapia apresenta inúmeros efeitos adversos. Segundo estudo na Turquia em 2014, os protocolos de quimioterapia afetam negativamente a QV e os efeitos

⁵Anticorpo monoclonal que age na supressão do HER-2 (RUGO, 2012).

adversos são relativos aos diferentes agentes utilizados, em especial, as antraciclinas e taxanos. Esquemas utilizados no presente estudo tiveram diferenças significativas no bem-estar funcional com melhores escores e afetaram negativamente o bem-estar social e familiar do que os outros protocolos empregados (BAYRAM; DURNA; AKIN, 2014).

No estudo retrospectivo realizado na Coreia com o intuito de analisar a eficácia e a segurança da quimioterapia neoadjuvante com 84 mulheres avaliadas pelas respostas clínicas e patológicas, divididas em dois grupos, um com 47 mulheres que realizaram o protocolo adriamicina e docetaxel (AD) e outro com 37 mulheres que se submeteram a adriamicina e ciclofosfamida seguido de paclitaxel (AC-T), evidenciou taxas de resposta e eficácia equivalentes, com o protocolo AC-T melhor tolerado e com menor ocorrência de toxicidades hematológicas (HONG *et al.*, 2013).

Quanto ao diagnóstico, verificou-se que o tempo médio entre o diagnóstico patológico e o início do tratamento neoadjuvante foi de 57,1 dias, com variação de 16 a 183 dias. Entre estes, neoadjuvante, 52,8% ($n=28$) iniciaram o tratamento em 60 dias. Esses dados estão de acordo com o intervalo de tempo preconizado pelo Ministério da Saúde, efetivado pela Lei nº 12.732/12, que estipula o prazo máximo de 60 dias após diagnóstico patológico para início do tratamento aos pacientes oncológicos (BRASIL, 2012a).

Para o início do tratamento adjuvante o intervalo médio foi de 73 dias, com variações de 28 a 175 dias, sendo que 57,1% ($n = 8$) iniciaram o tratamento dentro de 60 dias. Em relação à adjuvância, a recomendação do início do tratamento é em até 60 dias após a cirurgia para a quimioterapia e 120 dias para a radioterapia (BRASIL, 2012b) em consonância com o que foi observado nesta pesquisa em mais da metade das mulheres.

Acredita-se que essa lei tenha facilitado este curto intervalo entre o diagnóstico patológico e início do tratamento, tendo em vista que a instituição deste estudo é pública, com atendimentos exclusivos pelo SUS, sendo esperados intervalos maiores.

Resultados divergentes foram encontrados no estudo de Rosa e Radünz (2013) com o objetivo de identificar o perfil social, clínico e demográfico e o intervalo de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas em instituição oncológica de Santa Catarina, em 13 mulheres durante os tratamentos neoadjuvante e/ou

adjuvante, exclusivamente pelo SUS. Este estudo encontrou intervalos maiores entre o laudo da biópsia à neoadjuvância, com média de 80 dias e o intervalo da cirurgia à adjuvância foi menor, com média de 58 dias. Os maiores intervalos foram encontrados do sintoma ao início do tratamento, o que não foi abordado nesta pesquisa, e que indica que as maiores dificuldades estão atreladas para realizar o exame diagnóstico e a dificuldade de acesso ao oncologista.

Barros, Uemura e Macedo (2013) destacam que no intervalo de tempo total, o atraso mais significativo ocorre às mulheres com nível primário de estudo, indicando que mulheres com nível mais elevado de instrução têm maior capacidade de compreender o sistema de saúde e buscar o tratamento de forma mais ágil. Outro ponto citado por Rosa e Radünz (2013) é que o modelo atualmente adotado pelo SUS faz com que os encaminhamentos demorem muito tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas.

Os atrasos no diagnóstico provocam ansiedade e, sobretudo, medo em relação ao enfrentamento da doença, aos tratamentos e seus efeitos, às mutilações, à morte e à preocupação com os familiares, com mudanças nos hábitos de vida destas mulheres. Este período deve ser o mais breve possível, assistido pelos profissionais no intuito de minimizar os anseios frente à doença e manter a QV destas mulheres (ROSA; RADÜNZ, 2012). Além do impacto psicológico, os atrasos levam a tratamentos agressivos, aumentam as taxas de mortalidade e diminuem a sobrevida, com consequente piora na QV.

Em relação ao estadio clínico, as mulheres desta pesquisa apresentaram diagnóstico em estadio III em 82% dos casos ($n = 55$), assemelhando-se aos estudos no Brasil de Rosa, Radünz e Brüggmann (2013) e Barros, Uemura e Macedo (2013). Corroboram com o estudo na África com o objetivo de entender o diagnóstico tardio e o impacto do estágio do câncer de mama entre as mulheres libanesas, em que o estadio clínico III foi o mais expressivo. Este resultado associou o tempo do diagnóstico ao estadio clínico indicando que os estádios iniciais (I e II) foram diagnosticados em menos de três meses, enquanto estádios avançados (III e IV) possuíam tempo de diagnóstico maior que 6 meses, o que potencialmente resulta em altas taxas de mortalidade (ERMIAH *et al.*, 2012).

Estudo desenvolvido no Sudeste Asiático com a finalidade de identificar fatores associados ao diagnóstico tardio na sua população evidenciou que estádios III e IV estão relacionados à idade avançada, baixo nível de educação, renda familiar

baixa, maior tempo de encaminhamento e maior número de consultas com o cirurgião antes do diagnóstico, resultados diferentes dos observados em países desenvolvidos (POUM *et al.*, 2014). Diagnósticos em estadios III são considerados localmente avançados com comprometimento linfonodal axilar e disseminação da doença para tecidos próximos, com prejuízos na sobrevida (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2015).

Achados divergentes foram encontrados no Canadá, em estudo que avaliou mudanças na QV em 535 mulheres, do tempo de diagnóstico (1989 a 1996) à sobrevivência em longo prazo (2005 a 2007). Comparou as sobreviventes (285) com mulheres da mesma idade sem a doença e identificou no diagnóstico o estadio I como mais incidente, seguido do estadio II. O estadio III foi pouco encontrado, o que correspondem às mulheres que provavelmente receberiam tratamentos locais e sistêmicos mais agressivos, com déficits maiores na sua QV (HSU *et al.*, 2013).

Na Espanha estudo evidenciou estadio I, seguido do estadio II e um número baixo de diagnósticos com doença loco regional ou estadio III (6,45%), evento esperado devido à melhoria no rastreo do câncer de mama neste país, com diagnósticos precoces e, conseqüentemente, melhor QV (COSTA-REQUENA; RODRÍGUEZ; FERNÁNDEZ-ORTEGA, 2013).

Na Turquia, Bayram, Durna e Akin (2014) identificaram maior número de estadios I e II, e em menor proporção estadios III, com apenas quatro casos de câncer avançado (estadio IV), demonstrando mais sintomas físicos e psicológicos e pior QV em estadios avançados. Estadiamentos I e II no momento do diagnóstico contribuem para um tratamento mais eficaz, melhor prognóstico e QV (LEITE *et al.*, 2011).

Pode-se observar que o diagnóstico tardio está voltado a diversos fatores relacionados às características da população, ao baixo nível educacional e socioeconômico e às políticas de rastreamento, o que dificulta o acesso ao diagnóstico precoce, piora o prognóstico e leva a tratamentos mais agressivos que impactam na sobrevida e na QV das mulheres. As intervenções dos profissionais de saúde devem ser realizadas em todos os níveis de atenção para proporcionar a estas mulheres um atendimento ágil e de acordo com sua realidade, com vistas ao melhor prognóstico e condições de vida.

Estudo no Paraná analisou a prevalência de alterações mamárias em 1304 mulheres atendidas em uma Regional de Saúde cadastradas no Sistema de

Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), entre 2009 e 2012, e evidenciou que em sua maioria as mulheres realizaram mamografia de rastreamento (92,5%) e eram assintomáticas e sem risco (86,3%), o que permite um rastreamento com vistas ao diagnóstico e tratamento precoce (RONCHI *et al.*, 2014).

Estudo de Barros, Uemura e Macedo (2013) no Distrito Federal propõe como estratégias para o diagnóstico e tratamento precoce o fortalecimento de políticas de saúde que forneçam prática educativa, garanta fácil acesso aos exames de rastreamento e reorganização dos serviços para atender com agilidade os casos da doença.

Em relação ao estado civil e vida reprodutiva, 61,2% das mulheres são casadas ou vivem em união consensual e 64,2% possuem de 1 a 3 filhos, em concordância com pesquisa realizada no interior paulista com a finalidade de compreender a vida sexual e reprodutiva de mulheres tratadas de câncer de mama, em que a maioria eram casadas e tiveram de 2 a 3 filhos (VIEIRA *et al.*, 2013). Um dos fatores de risco para o câncer de mama é a nuliparidade, porém grande parte das mulheres já engravidou, corroborando com outro estudo transversal em mulheres que vivenciaram o câncer de mama realizada no Espírito Santo (LEITE *et al.*, 2012).

O fato de possuírem um companheiro é um fator considerado importante para auxiliar as mulheres no enfrentamento da doença e na sua trajetória de tratamentos. É importante ressaltar que há uma alteração na vida familiar e que além da mulher, os demais integrantes da família também necessitam de apoio, principalmente o cônjuge que vivencia junto todas as transformações e sentimentos que permeiam o diagnóstico e tratamento (NERIS; ANJOS, 2014).

Muitas mudanças ocorrem na rotina e na vida das mulheres desde o diagnóstico e se intensificam durante o tratamento comprometendo sua QV. Segundo Silva, Albuquerque e Leite (2010), a QV se constitui um indicador de bem-estar, auxiliando no desenvolvimento de ações com o intuito de diminuir o impacto da doença e do tratamento e conduz a uma melhor adaptação das mulheres nestas etapas.

A QV é um constructo multidimensional que permite identificar todos os aspectos psicossociais alterados pelo câncer e seus tratamentos, constituindo-se em uma ferramenta para subsidiar o enfermeiro e outros profissionais no manejo às mulheres com câncer de mama.

Nesta pesquisa, a qualidade de vida global mensurada pelo questionário QLQ-C30 foi considerada satisfatória em todas as etapas da pesquisa, com médias próximas a 70%, 74,63% na primeira etapa, 71,46% na segunda e 69,13% na terceira. Embora os testes de Friedman apontem diferenças entre as etapas ($p=0,027$), estas não foram significativas quando aplicado o teste complementar de diferença mínima significativa.

Estes dados corroboram com os estudos paulistas de Fangel *et al.* (2013) que avaliaram a capacidade funcional, a QV e a correlação entre essas variáveis em mulheres após o tratamento oncológico, com média global de saúde e QV de 70,1%, e o estudo de Furlan *et al.* (2013), que analisou o impacto da mastectomia e da reconstrução da mama na QV e na autoestima (AE) de 22 mulheres, com médias de 77,27% para o grupo (1) das mastectomizadas e 78,78% para o grupo (2) pós-reconstrução das mamas. Estes estudos demonstram que não houve grandes alterações na qualidade de vida global.

Em consonância, estudo transversal no Ceará, que avaliou a QV de 145 mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, utilizou-se dos questionários da EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23 e destacou como razoável a QV global, com média de 76,14% (LÔBO *et al.*, 2014).

No estudo de Guimarães e Anjos (2012), em Minas Gerais, cujo objetivo foi avaliar a QV e caracterizar as mulheres com câncer de mama quanto aos aspectos sociodemográficos durante tratamento quimioterápico, os achados foram semelhantes. A QV foi avaliada no primeiro, terceiro e sexto ciclos do tratamento com o questionário QLQ-C30 e identificaram-se médias acima de 80% nas três fases, com 83,3% na primeira, 80,4% na segunda e 80,9% na terceira etapa, evidenciando qualidade de vida global satisfatória durante o tratamento.

Nos Estados Unidos, um estudo que examinou o impacto da idade na seleção do tratamento, os fatores que influenciam esta seleção e a percepção da QV de 402 mulheres sobreviventes do câncer de mama, identificou médias de 83,4% para mulheres com idade menor que 50 anos, 84,1% entre 50 e 65 anos e 80,5% para as maiores de 65 anos, reportando que as mulheres tem uma boa QV, com sintomas mínimos relacionados ao tratamento (SIO *et al.*, 2014).

Na Inglaterra, estudo clínico TACT *trial* (CRUK/01/001) que comparou 830 mulheres em diferentes regimes de quimioterapia quanto aos seus efeitos e impacto na QV, no *baseline*, durante o tratamento (ciclos 4 e 8) e após o seguimento (9, 12,

18, 24 meses e 6 anos), evidenciou que as médias de QV global variaram de 58,3% a 83,3%, com diferenças significativas durante a quimioterapia no ciclo oito, e escores maiores e similares no *baseline* e após o tratamento (HALL *et al.*, 2014). Este resultado demonstra o impacto do tratamento quimioterápico na vida das mulheres e a necessidade de avaliações constantes pelos profissionais para auxiliá-las durante este período.

Estudo Americano *phase III trial* (Cancer and Leukemia Group B CALGB-49907) avaliou a QV de mulheres idosas com câncer de mama inicial antes da quimioterapia (*baseline*), no meio, no final do tratamento, em 12 meses, 18 meses e 24 meses após o seu término com os questionários da EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-BR23, e demonstrou níveis mais baixos de QV global durante o tratamento com média de 63,1% e 63,2% no meio e final do tratamento, respectivamente, e médias acima de 75% no *baseline* e após o tratamento. A presença de efeitos adversos mais intensos no período da terapêutica também afetou negativamente a QV (KORNBLITH *et al.*, 2011).

Estudo na Suécia que comparou a QV entre mulheres após o diagnóstico de câncer de mama com dados normativos da população em geral e investigou sua associação com fatores clínicos, demográficos, socioeconômicos e suporte social, demonstrou média de 65,1% indicando pior QV global para as mulheres pós diagnóstico, contra 75,7% da população em geral (HOYER *et al.*, 2011).

Estes estudos evidenciam que o câncer de mama é uma doença que altera a QV das mulheres, com pequenas ou grandes variações, devido a QV ser um parâmetro subjetivo, que só pode ser reportado pelo próprio indivíduo e tende a se modificar. As dificuldades citadas ao longo do diagnóstico e da terapêutica podem estar relacionadas a déficits em alguns dos aspectos biopsicossociais, que alteram as condições de vida das mulheres.

Assim, é essencial que o enfermeiro esteja atento e identifique estas alterações, avaliações contínuas e comunicação efetiva, com vistas a satisfazer as necessidades evidenciadas, proporcionando um melhor enfrentamento destas mulheres no decorrer da terapêutica.

Em relação às escalas funcionais do QLQ-C30, observou-se que o domínio função física foi comprometido no decorrer da terapêutica, com diminuição dos valores médios em cada etapa. Foram encontradas diferenças significativas entre a primeira e terceira etapa ($p < 0,001$) com prejuízos na QV das mulheres neste

domínio. E na comparação entre as modalidades neoadjuvante e adjuvante foi detectado na terceira etapa ($p=0,02$), sinalizando que o tipo de tratamento prejudicou a realização de atividades cotidianas.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Guimarães e Anjos (2012), em Minas Gerais, com redução no domínio durante o tratamento com médias de 82,4%; 71,4% e 68,8%, no primeiro, terceiro e sexto ciclos de quimioterapia, respectivamente. Estes dados demonstram as dificuldades que as mulheres enfrentam diante do tratamento na realização do seu autocuidado. A enfermagem procura estabelecer cuidados que visem a manutenção das atividades cotidianas destas mulheres, respeitando suas limitações para não comprometer sua QV. A terapêutica deve ser encarada como uma aliada na melhora da sua saúde. Para isso, todos os efeitos que interferem no seu bem-estar necessitam ser revisados e constantemente avaliados pelos enfermeiros, elaborando ações para corrigi-los ou amenizá-los.

Corroboram os estudos paulistas de Fangel *et al.* (2013) e Nicolussi e Sawada (2011), nos quais a função física assumiu médias inferiores, 60,5% e 64,43%, respectivamente, o que caracteriza comprometimento neste domínio com diminuição da QV.

Em consonância, estudo na Turquia que avaliou a QV e a satisfação do cuidado de enfermagem durante a quimioterapia com o questionário FACT-G demonstrou o domínio bem-estar físico comprometido, com escore de 14,85%, evidenciando que os estadios mais avançados experienciam mais sintomas físicos que os estadios iniciais (BAYRAM; DURNA; AKIN, 2014).

Achados divergentes foram encontrados no estudo de Lôbo *et al.* (2014) no Ceará, com média de 70,39% na função física, e no estudo de Silva, Albuquerque e Leite (2010), no Rio de Janeiro, com o objetivo de avaliar o impacto da quimioterapia na QV de 21 mulheres portadoras de câncer de mama, em que este domínio assumiu valor médio de 81,19%, demonstrando mínimas limitações na execução de atividades pessoais e físicas pesadas.

Outros estudos que diferem dos resultados desta pesquisa foram os de Yusuf *et al.* (2013), na Malásia, cuja função foi pouco afetada, com médias de 76,32% e 84,00% na função física para as Malaias e Chinesas, respectivamente, e no estudo de Hoyer *et al.* (2011), na Suécia, em que este domínio (82,3%) foi o menos comprometido. Estes estudos demonstram que a manutenção das atividades

diárias estimulam as mulheres no enfrentamento da doença, melhoram a autoestima e refletem nas relações pessoais e sociais.

Nesta pesquisa, as mulheres apresentaram melhor função física ao iniciar o tratamento e, no decorrer do mesmo, este domínio foi comprometido, possivelmente pelo diagnóstico tardio e consequentes tratamentos agressivos a que foram submetidas, além dos efeitos da quimioterapia que comprometem seu bom desempenho físico e consequentemente alteram sua QV. Os cuidados durante esta fase devem ser contínuos e direcionados para uma melhor compreensão e atuação das mulheres nas atividades cotidianas, estimulando sua independência e autonomia, cientes das suas limitações.

Estudos corroboram que a terapêutica influi na autonomia e perda de identidade das mulheres, com prejuízos na QV (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE 2010; FANGEL *et al.*, 2013). As orientações de enfermagem devem permear a realização de atividades leves, o estímulo à participação da família na execução de tarefas e o encorajamento a estas mulheres de que este é um período passageiro. A realização de atividades manuais que antes eram realizadas também podem ser adaptadas a este momento vivenciado para que a rotina não seja drasticamente alterada.

Bezerra *et al.* (2013) destacam ainda que o período geralmente ocasiona desconfortos físicos, que prejudicam os aspectos funcionais e as impedem de trabalhar, de se autocuidar e atender as necessidades da família, resultando em impacto na QV. No tratamento adjuvante, as mulheres já realizaram a cirurgia, ou seja, tiveram a mama total ou parcialmente retirada, e estão sendo submetidas a um segundo tratamento que também é impactante e provoca efeitos colaterais intensos. Neste contexto, o enfermeiro pode subsidiá-la com orientações que favoreçam a sua independência e suas atividades diárias, minimizando as alterações decorrentes da terapêutica.

Quanto à função emocional observa-se que o domínio foi comprometido em todas as etapas, com médias de 50,25% na primeira etapa, 60,73% na segunda e 63,25% na terceira, denotando mulheres tensas, deprimidas, irritadas ou preocupadas durante a terapêutica. Estes dados foram significantes entre a primeira e a segunda etapa ($p < 0,05$), e entre a primeira e a terceira etapa ($p < 0,05$), com prejuízos na QV destas mulheres.

Estudo de Fangel *et al.* (2013) corroboram com estes dados, cujos resultados evidenciaram a função emocional com um dos piores escores (48,4%). Os autores destacam que o câncer ocasiona mudanças relacionadas à independência das mulheres, sentimento de morte iminente e incapacidades que provocam vergonha, medo e angústias, deteriorando seus aspectos emocionais.

Em consonância, no estudo da Turquia o domínio bem-estar emocional foi um dos mais comprometidos negativamente, com escore de 11,90%, o que caracteriza pacientes preocupados, temerosos, tristes, cansados e afetados pelos efeitos adversos da quimioterapia (BAYRAM; DURNA; AKIN (2014). Os autores reiteram a necessidade de estratégias de suporte emocional pelos enfermeiros a estes pacientes, para um melhor enfrentamento dos sentimentos negativos e preocupações que perduram neste período e impactam na sua QV.

Outros estudos identificaram resultados semelhantes. Ao avaliarem a QV evidenciaram comprometimento na função emocional, com déficits na QV das mulheres com câncer de mama (NICOLUSSI; SAWADA, 2011; NUZZO *et al.*, 2011; GUIMARÃES; ANJOS, 2012; JASSIM; WHITFORD, 2013; ANOTA *et al.*, 2014; LÔBO *et al.*, 2014).

Achados divergentes foram encontrados no estudo de Hoyer *et al.* (2011), na Suécia, em que a função emocional (72,3%) das mulheres pós-diagnóstico foi menos comprometida, e no estudo de Yusuf *et al.* (2013), na Malásia, cuja função foi pouco afetada, com médias de 65,80% e 76,11% na função emocional para as Malaias e Chinesas, respectivamente. Estes estudos revelam que as mulheres conseguiram enfrentar de forma positiva o diagnóstico de câncer de mama, com manutenção das atividades funcionais e bom desempenho emocional.

É importante destacar que nesta pesquisa o diagnóstico provocou um grande impacto na vida emocional das mulheres, com manutenção dos escores durante a terapêutica, provavelmente relacionados aos diagnósticos tardios que levam a tratamentos mutiladores. Quanto às mulheres em tratamento adjuvante, as alterações emocionais podem estar relacionadas às consequências da cirurgia, como a mutilação da mama, presença de dor, linfedema, diminuição da força muscular e da amplitude do movimento articular do membro envolvido que interferem na QV destas mulheres, deixando-as mais fragilizadas e com limitações nas atividades diárias (SIMEÃO *et al.*, 2013).

Neste contexto, o adoecimento e seus tratamentos influenciaram estas mulheres em aspectos além do físico, tendo em vista as repercussões negativas que ocasionam em suas vidas. Cabe ao enfermeiro, assisti-las com empatia, favorecer o diálogo, ouvir e orientar constantemente, atitudes que as auxiliam emocionalmente no enfrentamento da doença e das adversidades do tratamento, melhorando sua autoconfiança. É importante lembrar que o enfermeiro deverá avaliar individualmente cada mulher para identificar a necessidade de encaminhamento aos profissionais especializados.

Uma revisão integrativa que caracterizou artigos com fatores contribuintes para melhora ou piora da QV de pacientes com câncer avançado demonstrou que intervenções físicas, emocionais e espirituais melhoram as condições de saúde e, conseqüentemente, a QV destes pacientes (FREIRE *et al.*, 2014). Em consonância, Simeão *et al.* (2013) identificaram em seus estudos que as mulheres que realizaram intervenções clínicas complementares ao tratamento foram importantes para a melhora nos aspectos físico e emocional.

Cabe ressaltar que a inserção do psicólogo no ambulatório em que foi realizada esta pesquisa teve início há aproximadamente um ano, portanto, a maioria das mulheres não contaram com a atuação e acompanhamento deste profissional durante o período quimioterápico, demonstrando níveis de comprometimento alto neste domínio.

Ho *et al.* (2013), em estudo na China, que avaliou a relação entre depressão, ansiedade e QV entre 269 mulheres durante o tratamento e 148 mulheres que tinham completado o tratamento há um ano, com os questionários *Hospital Anxiety and Depression Scale-Cantonese/Chinese version* e FACT-G, ressaltam que a saúde psicológica é alterada durante e após o tratamento com necessidade de se detectar e tratar a ansiedade e a depressão o mais precocemente possível. Este estudo revela que altos níveis de ansiedade estão associados com piores funcionamentos físico e funcional, e com comprometimento na função emocional durante e após a terapêutica.

Na função cognitiva foi observado que as médias se mantiveram acima de 70% nas três etapas (77,86%; 71,72%; 72,95%), com diferença significativa na terceira etapa ($p=0,03$) na comparação entre as modalidades neoadjuvante e adjuvante, demonstrando que o tipo de tratamento instituído compromete esta função.

Corroborar o estudo de Guimarães e Anjos (2012), que identificaram piora na QV em relação ao domínio cognitivo do início para o final do tratamento com médias de 79,6%; 69,2% e 58,4%, respectivamente, evidenciando que as mulheres apresentaram dificuldades de concentração e memória no decorrer do tratamento quimioterápico. Janelins *et al.* (2014) afirmam que o comprometimento cognitivo relacionado ao câncer é um dos efeitos do tratamento que podem persistir e serem percebidos por um longo período, afetando negativamente a QV.

Na revisão integrativa realizada em 2012 com o objetivo de estudar os domínios da função cognitiva prejudicados pela quimioterapia, destaca que a alteração ocorre em vários domínios, como memória verbal e de trabalho, atenção, concentração, função executiva, linguagem e velocidade motora (UNTURA; REZENDE, 2012). Os mecanismos de ação não são bem esclarecidos e podem ser influenciados por vários fatores além da quimioterapia, como o envelhecimento, alterações hormonais, o tipo de droga utilizada, características demográficas, entre outros (JANELSINS *et al.*, 2014).

Ruiter *et al.* (2012), na Holanda, estudaram os efeitos de altas doses de quimioterapia na função cognitiva de mulheres sobreviventes ao câncer de mama, comparando as que realizaram quimioterapia ($n=17$) com aquelas que não utilizaram ($n=15$), com o questionário QLQ-C30 da EORTC. Este estudo evidenciou a toxicidade da quimioterapia nas substâncias branca e cinzenta, com impacto e diminuição da cognição e QV nas sobreviventes após nove anos de tratamento.

Vários estudos sugerem que o paciente com câncer de mama submetido à quimioterapia apresenta déficits na função cognitiva durante e/ou após o tratamento com impactos na QV, como demonstrados no estudo de revisão de Kesler *et al.* (2011), Ayala-Feliciano *et al.* (2011) e Ruiter *et al.* (2012).

Assim, é necessário que o enfermeiro avalie esta função continuamente e mantenha o paciente e familiares sempre informados e cientes das alterações que possam ocorrer, minimizando os efeitos negativos na QV. Santos *et al.* (2015) ressaltam que prejuízos na cognição podem dificultar a compreensão e a lembrança quanto aos sinais e sintomas da doença e efeitos adversos do tratamento.

Estudos que avaliam intervenções em pacientes com câncer de mama para minimizar alterações na cognição como terapia cognitiva comportamental, exercícios físicos (DUIJTS *et al.*, 2012) e treinamento cognitivo (KESLER *et al.*, 2013)

demonstram melhora nos domínios cognitivos avaliados, nos sintomas e na QV das mulheres com a implementação destes programas.

Estas ações podem ser estimuladas pelo enfermeiro, em especial, a prática ou manutenção de atividades físicas, tendo em vista os benefícios que a mesma proporciona para a mulher nas funções cognitiva, física e emocional, refletindo em melhores condições de vida. A realização de atividades que trabalhem com a memória e a atenção também subsidiam a cognição, e podem ser auxiliadas por outros profissionais da equipe multiprofissional, tais como: terapeutas ocupacionais e psicólogos.

Em relação à função desempenho pessoal, foi o domínio com maior média na primeira etapa 82,34%, 71,72% na segunda e 73,22% na terceira, indicando manutenção das atividades cotidianas e de lazer. Na comparação entre as modalidades, este domínio foi significativo na terceira etapa ($p=0,02$), demonstrando que na terapêutica neoadjuvante o impacto neste domínio foi superior à adjuvância.

Estudo de Jassim e Whitford (2013) verificou que esta função foi comprometida em mulheres que realizaram a quimioterapia em detrimento das que não realizaram, com valor médio de 67,28%, indicando que este tipo de terapêutica influenciou a QV. Entretanto este estudo não estratifica a modalidade de tratamento, neoadjuvante ou adjuvante.

Em contrapartida, Fangel *et al.* (2013), em São Paulo, identificaram média de 80,5% para esta função, com limitações mínimas nas atividades diárias e, Nuzzo *et al.* (2011), na Itália, identificaram em seus estudos valores médios acima de 70%, sem comprometimento nesta função.

Diante dos papéis pré-definidos e imposições sociais, as mulheres apresentam dificuldades no enfrentamento da doença devido à impossibilidade de desempenhar suas funções, à exposição física, à sensação de perda de identidade e alterações emocionais significativas (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

Os efeitos do tratamento quimioterápico interferem na rotina das mulheres, com prejuízos nas atividades relacionadas ao ambiente de trabalho e/ou no lar. O enfermeiro neste momento poderá identificar estas dificuldades e planejar ações que favoreçam a sua realização e, conseqüentemente, melhorem a QV neste domínio.

Quanto à função social, observou-se nesta pesquisa médias superiores a 75% em todas as etapas, demonstrando nível satisfatório nas atividades e relações sociais. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Silva, Albuquerque e

Leite (2010), no Rio de Janeiro, em que a média foi de 81,05% na função social, e no estudo de Jassim e Whitford (2013), no Oriente Médio, com média de 77,5% neste domínio, indicando que as relações sociais se mantiveram estáveis.

Terra *et al.* (2013), em estudo que avaliou a QV de 100 pacientes oncológicos durante a quimioterapia em Minas Gerais, com o questionário WHOQOL-bref, apresentou na faceta relações sociais a melhor média (4,04%), indicando satisfação destes pacientes quanto ao apoio e suporte social. Os autores complementam que as relações familiares e de amizade influenciam positivamente ao permitirem troca de informações, atitudes de respeito e segurança aos portadores de câncer.

Achados divergentes foram encontrados no estudo longitudinal de Guimarães e Anjos (2012), em Minas Gerais, em que as médias se apresentaram acima de 85% na função social, porém, com variações importantes do segundo momento (100%) para o último ciclo (86,9%), reportando forte influência da quimioterapia neste domínio, com oscilações na QV das mulheres.

Acredita-se que as mulheres desta pesquisa receberam apoio e suporte da família, amigos e profissionais e/ou conseguiram realizar as atividades sociais, tendo em vista as pequenas alterações no domínio social, que possivelmente estão atreladas ao estigma da doença e efeitos adversos que podem afastar as mulheres do convívio social. O fato de grande parte das mulheres serem casadas e terem filhos também pode ter corroborado, já que a família é considerada um elo importante nos momentos difíceis da vida.

Ozkaraman *et al.* (2015), em estudo transversal na Turquia, cujo objetivo foi investigar as preocupações com o convívio social e o suporte social de 128 mulheres com câncer de mama, evidenciou que durante o percurso do câncer as relações familiares melhoram em algumas famílias. Contudo, a adaptação da família em alguns casos pode afetar negativamente os pacientes em virtude do medo e da incerteza. Os autores complementam que o enfermeiro possui relações próximas com o paciente, fator importante para determinar as necessidades vivenciadas e dar o suporte social necessário.

Usta (2012) corrobora que o suporte social é benéfico e que há uma relação positiva entre o suporte emocional e os membros da família, com ajuste dos níveis físicos e psicológicos dos pacientes. Quando este é oferecido pelos profissionais da

saúde fortalece a confiança e conhecimento para o paciente enfrentar as adversidades sociais.

As orientações do enfermeiro durante o tratamento aliado a gestos de atenção e respeito aumentam a autoestima, permitindo que as mulheres realizem atividades sociais e de lazer que praticavam antes da doença e mantenham as relações familiares estáveis. As ações devem contemplar os aspectos sociais como o incentivo ao convívio social, participação da família durante o tratamento e encaminhamento ao assistente social para esclarecimento quanto aos benefícios oferecidos pelo SUS aos portadores de câncer.

O enfermeiro deverá enfatizar as possibilidades de benefícios assegurados por lei, tais como: o saque integral do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), auxílio-doença, isenção do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), isenção de transporte urbano, entre outros. A cirurgia plástica reparadora da mama, amputada ou mutilada, também é oferecido às mulheres e, da mesma forma, a fisioterapia pós-mastectomia é garantida nas clínicas conveniadas ao SUS (SNIECIKOSKI; XAVIER, 2015).

Na análise das escalas de sintomas referentes ao questionário QLQ-C30, observou-se que os sintomas fadiga e náusea e vômito foram estatisticamente significantes entre a primeira e segunda etapa ($p < 0,001$), e na primeira e terceira etapa ($p < 0,001$ e $p < 0,01$, respectivamente). As médias aumentaram durante a terapêutica, sendo que na fadiga a média inicial já era alta (20,65%), sinalizando maior sintomatologia e pior QV nestes domínios.

A fadiga se constitui um dos sintomas mais prevalentes e reportados pelos pacientes com câncer. Ela é experimentada, segundo estudos, em 14% a 96% dos pacientes durante tratamento e em 19% a 82% após o tratamento (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2015). De acordo com o *National Comprehensive Cancer Network Guidelines Cancer-related fatigue* (2015), a fadiga relacionada ao câncer é uma sensação subjetiva, persistente e angustiante de cansaço físico, emocional e/ou cognitivo relacionada ao câncer ou seu tratamento, e que interfere no funcionamento normal do paciente. É um sintoma que não ocorre isolado, em geral é acompanhado por outras alterações.

Estudo longitudinal de Rotonda *et al.* (2013), na França, com o objetivo de identificar fatores associados às alterações na fadiga antes e após a cirurgia em mulheres com câncer de mama, evidenciou altos níveis de fadiga antes da cirurgia

relativos ao pior funcionamento pessoal, e após o procedimento cirúrgico, relacionadas à diminuição nas funções física, pessoal, cognitiva e ansiedade e no sintoma distúrbios do sono. Estas alterações funcionais e de sintoma foram associadas ao aumento da fadiga e piora na QV das mulheres.

Bayram, Durna e Akin (2014) evidenciam em seus estudos que os pacientes, durante a quimioterapia, apresentam altos níveis de fadiga, e reiteram que estratégias de conservação de energia são fundamentais para melhora da performance funcional e da QV destes pacientes.

Em consonância, outros estudos também revelam a prevalência deste sintoma com redução na QV das mulheres, como nos estudos de Silva, Albuquerque e Leite (2010), com valor médio de 53,04%; Hoyer *et al.* (2011), com valor médio de 36,4%; Fangel *et al.* (2013), que apresentou 40,9% de média e Jassim e Whitford (2013), com 35,28%.

A presença de fadiga nesta pesquisa se deu no início da terapêutica, possivelmente atrelada aos sinais e sintomas da doença, com intensificação no decorrer do tratamento, ressaltando que sua ocorrência e manejo devem ser abordadas desde o diagnóstico. Ao considerar que a fadiga é acompanhada de outros sintomas, ela deve ser avaliada pelo enfermeiro para identificar possíveis causas ou relações que podem influenciá-la e facilitar o manejo e planejamento de ações para minimizá-la. As orientações visam a diminuir a ansiedade e reforçar cuidados durante o tratamento que auxiliam na redução e controle do sintoma.

A realização de atividade física também é recomendada para controle dos níveis de fadiga e o enfermeiro pode estar encorajando esta prática. Meneses-Echávez *et al.* (2015), em estudo de revisão sistemática e meta-análise, evidenciam os benefícios da atividade física no manejo da fadiga em pacientes com câncer durante o tratamento.

Em relação ao sintoma náusea e vômito, as mulheres desta pesquisa apresentaram alterações neste domínio, com aumento dos valores médios durante o tratamento e piora dos sintomas. Achados semelhantes foram identificados no estudo prospectivo de Gozzo *et al.* (2013), em São Paulo, cujo objetivo foi identificar a ocorrência de náuseas e vômitos provocada pelas drogas quimioterápicas utilizadas na neoadjuvância e adjuvância e avaliar a QV de 79 mulheres no início, meio e fim do tratamento. Os resultados deste estudo evidenciaram a ocorrência de

93% de náusea e 87% de vômito pelo menos uma vez durante o tratamento, relacionados ao alto potencial emético das drogas utilizadas.

No estudo de Yusuf *et al.* (2013), no sudeste asiático, observou-se que as Malaias tiveram mais náusea e vômito do que as chinesas. Este estudo evidenciou que as mudanças na dieta e a cultura de cada etnia, associados aos fatores emocionais e físicos, provocam alterações na náusea e vômito, constipação e dispneia.

É importante que o enfermeiro avalie a frequência e intensidade destes sintomas e, caso necessário, encaminhe as mulheres para nova avaliação médica com o intuito de associar medicamentos antieméticos. Também é necessário enfatizar as recomendações dietéticas que podem favorecer o controle destes sintomas, sempre respeitando a cultura, hábitos alimentares e realidade social em que estão inseridas.

No estudo transversal de Gozzo *et al.* (2014), em São Paulo, que avaliaram a ocorrência e manejo de náusea e vômito no tratamento quimioterápico de 22 mulheres com câncer de mama, evidenciou-se uma lacuna na avaliação dos sintomas pelos profissionais da saúde. Apesar do uso de drogas antieméticas para controle, este evento adverso ainda não é manejado adequadamente.

Há, portanto, a necessidade de avaliação das mulheres em todos os momentos e tipo de terapêutica para identificar as alterações vivenciadas e intervir de forma individualizada. O enfermeiro deverá ter conhecimento das drogas utilizadas, seus efeitos adversos e potencial emetogênico para orientá-las e auxiliá-las quanto aos efeitos colaterais possíveis e no manejo farmacológico e não farmacológico que possibilitam a minimização dos sintomas.

Cabe ressaltar que as drogas utilizadas nos protocolos de tratamento do câncer de mama incluem quimioterápicos de alto potencial emetogênico e, em geral, são utilizados em combinação, como a ciclofosfamida (com dosagem acima de 1500mg/m^2) com risco de vômito acima de 90%, ciclofosfamida (dosagem abaixo de 1500mg/m^2) e doxorrubicina com risco moderado de 30 a 90% e drogas de baixo risco como o paclitaxel, 5-fluoracil, docetaxel e trastuzumabe, com risco de 10 a 30% (ROILA *et al.*, 2010). No consenso realizado na Itália, em 2009, organizado pela *European Society of Medical Oncology* (ESMO) e *Multinacional Association of Supportive Care in Cancer* (MASCC), os autores destacam as drogas recomendadas e efetivas para o controle agudo e tardio da náusea e do vômito, segundo os riscos

dos quimioterápicos, lembrando que as especificidades individuais devem ser consideradas.

Neste sentido, as orientações do enfermeiro devem considerar os potenciais emetogênicos e o histórico destes sintomas na mulher, instruindo-as no controle e na prevenção de toxicidades. A utilização de linguagem adequada ao entendimento e constantes avaliações também são necessárias e efetivas para manter a QV durante o tratamento. Entre as medidas que favorecem o controle destes sintomas estão: sugerir alimentos em temperatura ambiente, estimular pequenas quantidades em intervalos frequentes, evitar alimentos muito quentes, gordurosos, condimentados, muito doces e com odor forte, sugerir o uso de gelo, bala ou sorvete durante a quimioterapia, manter o ambiente confortável, encorajar higiene oral após os vômitos, reforçar os intervalos regulares dos antieméticos (BONASSA; GATO, 2012).

Quanto à dor, foi possível observar que os valores médios obtiveram pequenas variações (27,86%; 28,79%; 29,23%) nas três etapas da pesquisa, com significância na primeira etapa ($p=0,02$) na comparação entre as modalidades, denotando que a dor nas mulheres que realizaram o tratamento neoadjuvante foi superior às da adjuvância. Tal fato pode ser justificado pelo número elevado de diagnósticos tardios, que proporciona às mulheres desconfortos e tratamentos mais agressivos.

A dor é experimentada por 80% dos pacientes com câncer e é uma das razões de sofrimento e incapacidades na progressão da doença (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010). Assim como a fadiga, ela é um sintoma frequente, persistente e que ocasiona desgaste físico e emocional aos pacientes e familiares, devido às dificuldades em realizar atividades diárias e de autocuidado, às alterações de humor e de concentração (LAMINO; MOTA; PIMENTA, 2011).

Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Jassim e Whitford (2013), em que a dor (29,97%) é um dos sintomas frequentes e relacionados à diminuição da QV de mulheres com câncer de mama. Em contrapartida, Silva, Albuquerque e Leite (2010) detectaram em seus estudos que as mulheres submetidas à mastectomia apresentaram mais dor em referência às que não sofreram intervenção cirúrgica, resultante de lesões ou complicações como linfedema, infecção e dor crônica, decorrentes deste procedimento.

No estudo de Guimarães e Anjos (2012), a dor foi identificada antes da quimioterapia em 20% das mulheres, com aumento dos valores médios e intensificação do sintoma durante a terapêutica, com prejuízos na QV. Este estudo sinaliza a importância de avaliações e análises constantes da dor para assistir estas mulheres de acordo com as necessidades vivenciadas.

A dor repercute na vida diária com prejuízos emocionais, sociais e funcionais e impedem as mulheres de realizar suas atividades rotineiras. Mensurá-la é uma das ações dos enfermeiros, que requer conhecimento dos métodos de avaliação e de fatores que desencadeiam e sobrepõem este sintoma, tendo em vista a sua subjetividade. Caracterizar a dor com avaliação da sua intensidade, localização e fatores associados permite o manejo adequado, com o uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas. O enfermeiro deverá estar preparado para realizar orientações constantes quanto ao uso dos medicamentos e verificar sua adesão.

É importante ressaltar que os pacientes atendidos no local da pesquisa contam com o Programa Paraná sem Dor, benefício instituído pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná, que atende pacientes com câncer em tratamento de dor crônica e disponibiliza os medicamentos de forma gratuita.

Em relação à dispneia, este sintoma manteve-se estável entre as etapas da pesquisa, com alterações significativas na comparação entre as modalidades na terceira etapa, indicando que as mulheres na neoadjuvância apresentaram dispneia em maior grau.

A dispneia é um sintoma pouco reportado, a literatura aponta que ela pode ser experimentada por pacientes com diagnósticos avançados ou doença em progressão (BONASSA; GATO, 2012). No estudo de Pozer *et al.* (2012), 60% das mulheres relataram dificuldades respiratórias, porém, sem alterações na QV. Os autores relataram que a dispneia pode ocorrer durante a quimioterapia pela ação de drogas citotóxicas, com diminuição da hemoglobina e consequente anemia e/ou estar associada à presença de comorbidades prévias.

Wyatt *et al.* (2013), nos Estados Unidos, avaliaram a QV de mulheres com câncer de mama com ou sem metástases à distância, e encontraram que no grupo com metástase à distância o maior número de comorbidades está associado ao pior funcionamento físico, dor e dificuldades respiratórias.

Tendo em vista que as mulheres da presente pesquisa tiveram diagnóstico em estádios avançados EC III em 82% dos casos, apresentavam doenças secundárias preexistentes e iniciaram regimes quimioterápicos citotóxicos, com altas doses, que favorecem a ocorrência de anemia, é possível que estes fatores possam ter sobrepujado o aparecimento deste sintoma.

O cuidado de enfermagem direcionado às mulheres com dificuldades respiratórias deve permear avaliações quanto à presença de sintomas prévios e necessidade de suporte durante a quimioterapia, com monitoramento constante do seu estado geral.

Quanto à insônia, este sintoma foi frequente nas mulheres desta pesquisa. Na primeira etapa foi o mais reportado (29,35%), com manutenção das médias nas etapas seguintes (31,28% e 29,51%, na segunda e terceira etapas, respectivamente). Embora não apresente diferenças significativas, estes resultados demonstram que a insônia interfere na vida destas mulheres de forma constante desde o diagnóstico e durante a terapêutica.

Estudo transversal de Nicolussi *et al.* (2014), em São Paulo, ao avaliar a QV de 152 pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia, com o questionário QLQ-C30, identificou a insônia entre um dos sintomas mais referidos. Em outro estudo que avaliou a QV em mulheres com câncer de mama durante a quimioterapia, este sintoma também foi preponderante, com média de 41,71% (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

No estudo de Guimarães e Anjos (2012), este sintoma foi verificado já no início do tratamento, com intensificação durante a terapêutica, denotando piora na QV. Este estudo aponta que na prática clínica a insônia é um sintoma bastante relatado pelos pacientes, reportando sentimentos como medo, ansiedade e revolta.

Corroboram Jassim e Whitford (2013), no Oriente Médio, que encontraram a insônia como um dos sintomas evidentes em seu estudo e que necessita de atenção pelos profissionais. E, Hoyer *et al.* (2011) na Suécia, que identificaram aumento deste sintoma entre as mulheres, com valor médio de 32,7% e impacto na QV.

Estudo longitudinal de Liu *et al.* (2013), nos Estados Unidos, examinou a relação entre QV, com o questionário SF-36 e a qualidade subjetiva (*Pittsburgh Sleep Quality Index* - PSQI) e objetiva do sono (*Actillum* ou *Actiwatch-Light actigraphs*) em 166 mulheres com câncer de mama antes de iniciar a quimioterapia e na última semana do quarto ciclo (≥ 4 ciclos de quimioterapia adjuvante ou

neoadjuvante). Este estudo evidenciou que a qualidade do sono foi comprometida antes da quimioterapia e piorou após o tratamento, com alterações na QV em ambos os momentos. Foi observado que o pior funcionamento físico, a fadiga e os longos cochilos durante o dia pioram a QV e comprometem a qualidade do sono.

É notável que o câncer de mama modifica o padrão de sono das mulheres e pode-se manter alterado durante o tratamento se este sintoma não for alvo de intervenção. As dificuldades vivenciadas em relação ao comprometimento físico, emocional e de sintomas necessitam ser avaliados, para aliviar estes aspectos que interferem na qualidade do sono. Orientar atividades físicas leves e descansos curtos durante o dia podem auxiliar no restabelecimento do padrão do sono.

Em relação ao sintoma perda de apetite, observou-se presença deste sintoma no início (15,42%), com aumento da média durante o tratamento (23,23%) e pequena diminuição na terceira etapa (19,67%), demonstrando alterações neste domínio. No entanto, este não foi significativo no teste complementar de diferença mínima significativa, apesar do teste de *Friedman* apontar diferença entre as etapas com $p=0,008$.

Estes achados são semelhantes aos encontrados no estudo de Guimarães e Anjos (2012), cujo sintoma foi intensificado durante o tratamento. Os autores reiteram que outros sintomas como náuseas e vômitos tem sido associados à perda de apetite, com perda de peso, déficits sanguíneos e dificuldades na manutenção da terapêutica.

Estudo longitudinal de Tachi *et al.* (2015), na China, estudou o impacto dos efeitos adversos da quimioterapia ambulatorial em 48 pacientes com câncer antes de iniciar o tratamento (primeiro dia) e no segundo ciclo, com os questionários *European Quality of Life 5 Dimensions* (EQ-5D), o *Questionnaire for Cancer Patients Treated With Anticancer Drugs* (QOL-ACD) e os eventos adversos foram avaliados por dois farmacêuticos pelos registros médicos eletrônicos e graduados com base na classificação de graus do *Common Terminology Criteria for Adverse Events*. Este estudo identificou que a anorexia é frequente em pacientes com câncer e a incapacidade de consumir alimentos gera sentimentos de ansiedade, com alterações na QV.

À enfermagem cabe orientar as mulheres quanto às alterações que a quimioterapia provoca, estimular a ingesta hídrica e o uso de alimentos que favoreçam seu paladar e/ou encontrar estratégias junto a paciente e familiares para

minimizar os desconfortos e favorecer uma alimentação adequada. Além disso, verificar a mucosa oral quanto a presença de lesões, oferecer soluções de alívio caso necessário, reforçar higiene oral e estar atento a pacientes neutropênicos (BONASSA; GATO, 2012).

Quanto à constipação, este sintoma foi reportado na primeira etapa, antes do tratamento (17,68%), com intensificação na segunda etapa (32,32%) durante a quimioterapia e leve diminuição na terceira etapa (31,15%). O teste de Friedman entre as etapas demonstrou valor de $p=0,009$, entretanto não foi significativo pelo teste complementar de diferença mínima significativa.

Guimarães e Anjos (2012) coadunam com os resultados desta pesquisa, cujo sintoma foi evidenciado no início do tratamento, com aumento durante a terapêutica e pequena diminuição no terceiro ciclo. Este estudo ressalta que alguns quimioterápicos utilizados podem alterar os hábitos intestinais gerando desconforto para as mulheres e que a diminuição deste sintoma está relacionada à adesão das mesmas às orientações quanto ao início dos sintomas e modificações dos hábitos alimentares.

A constipação em pacientes com câncer é uma toxicidade gastrointestinal ou efeito colateral geralmente associado à neurotoxicidade de alguns quimioterápicos, à alterações metabólicas, à presença de comorbidades associadas, uso de outros medicamentos como os opióides e a inatividade física (BONASSA; GATO, 2012). Estes fatores devem ser monitorados pelos enfermeiros e um plano de cuidados pode ser estabelecido para controle e tratamento do sintoma, que gera angústia e prejuízos à QV.

No estudo de Yusuf *et al.* (2013), as mulheres malaias reportaram mais constipação do que as chinesas, devido às diferenças culturais e hábitos dietéticos. As chinesas tem uma alimentação balanceada, com comidas nutritivas e acreditam que a doença é um desequilíbrio, na qual a dieta desempenha um papel essencial para o tratamento e manutenção da saúde.

As orientações do enfermeiro devem ser direcionadas a uma dieta rica em fibras, hidratação, atividade física, deambulação e alimentos que favorecem o hábito intestinal. A constipação é uma sintomatologia comum em mulheres e pode ser exacerbada com as mudanças no paladar provocadas pela quimioterapia e estresse vivenciado no tratamento.

Em contraponto, a diarreia foi o sintoma menos prevalente em todas as etapas da pesquisa, com variação dos valores médios de 4,98% a 7,58%, denotando que este domínio não comprometeu a vida das mulheres.

Corroboram os estudos de Nicolussi e Sawada (2011), em que este sintoma foi o menos frequente com média de 3,80%. E nos estudos de Jassim e Whitford (2013) e Yusuf *et al.* (2013), cujos valores médios foram baixos, demonstrando que a diarreia não interferiu na QV.

Cabe ressaltar que independente deste sintoma estar ou não presente, as orientações quanto à possibilidade de incidência devem ser realizadas, principalmente em relação à ingesta hídrica e dieta rica em proteínas e calorias para manter o equilíbrio hidroeletrólítico e absorção calórica.

Em relação ao item dificuldades financeiras, as médias se mantiveram estáveis em todas as etapas da pesquisa, indicando que este domínio não comprometeu a QV das mulheres. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Jassim e Whitford (2013) e Yusuf *et al.* (2013), que não evidenciaram alterações nos seus estudos em relação a este item.

Estudo longitudinal de Baena-Cañada *et al.* (2011), na Espanha, cujo objetivo foi analisar a QV de 50 mulheres com câncer de mama antes da quimioterapia, na metade do tratamento e no final do mesmo, com os questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23, identificou que o impacto econômico foi menor no sistema de saúde daquela população do que nos sistemas privados. Verificou-se também que as mulheres com maior nível de estudo sentiram-se mais ameaçadas na vida financeira. Carvalho *et al.* (2013) ressaltam em seus estudos que as mulheres preferem priorizar conforto aos filhos e familiares e usufruir de boa saúde do que se preocupar com as condições financeiras.

As mulheres desta pesquisa possuíam escolaridade e poder aquisitivo baixos e realizaram o tratamento em uma instituição pública, gerida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sem custos adicionais. Estes fatores podem ter influenciado nos resultados deste domínio, visto que toda a assistência foi prestada pelo órgão público.

Achados divergentes foram encontrados em estudos que demonstraram impacto neste domínio durante a terapêutica (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010; HOYER *et al.*, 2011; NICOLUSSI; SAWADA, 2011; GUIMARÃES; ANJOS, 2012). Guimarães e Anjos (2012) referem que as dificuldades surgem devido ao

afastamento das mulheres do trabalho, proporcionando limitações financeiras e até dificuldades no seu sustento.

Apesar da maior parte das mulheres serem economicamente ativas, 43,3% ($n=29$) não possuíam vínculo empregatício, destas 13,4% eram aposentadas. Pode-se inferir que estas mulheres não são a base financeira da família, portanto, as condições de vida relacionadas ao impacto financeiro durante o tratamento tendem a não se alterar.

É importante lembrar que cada mulher possui características biopsicossociais que podem ser influenciadas, de forma positiva ou negativa, frente às adversidades do tratamento, com impacto na sua QV. Deste modo, nesta pesquisa foi realizada a associação entre as variáveis sociodemográficas, escolaridade, renda familiar, tempo de diagnóstico, comorbidade e estadiamento com a QV e saúde global do QLQ-C30 em cada etapa do tratamento.

Observou-se que a associação entre as variáveis estadiamento e QV e saúde global foi significativa na primeira ($p=0,047$) e terceira etapa ($p=0,014$), denotando que o estadio avançado comprometeu a QV das mulheres. Estes dados são semelhantes aos encontrados no estudo de Jassim e Whitford (2013), em que a QV e saúde global foram mais afetadas em mulheres com estadios avançados (III e IV), com média de 58,08%. Sabe-se que diagnósticos tardios remetem a terapêuticas mais hostis e que estas ocasionam efeitos físicos, emocionais, sociais e cognitivos que interferem negativamente na vida das mulheres. Hsu *et al.* (2013) ressaltam que pacientes com estadios III são mais propensos a receber tratamentos locais e sistêmicos agressivos e, conseqüentemente, podem apresentar déficits na QV que persistem a longo prazo.

Estudo longitudinal prospectivo de Bergerot e Araujo (2014), em Brasília, avaliou a prevalência da QV de 200 pacientes oncológicos durante a quimioterapia, com os instrumentos Termômetro de *distress*⁶ (TD) e FACT-G no primeiro dia de quimioterapia, metade do tratamento e último dia de medicação. Foi verificado neste estudo que os pacientes com câncer de mama avançado tiveram maiores níveis de *distress* e pior QV.

Estes dados evidenciam que os estadios avançados interferem na QV das mulheres de forma mais veemente, com impactos físicos e emocionais que podem

⁶Termômetro de *distress* desenvolvido pela *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), para avaliar o nível de *distress* em uma escala de 0 (sem *distress*) a 10 (*distress* extremo) (NCCN, 2015).

perdurar a longo prazo. Neste sentido, o enfermeiro deve estabelecer ações para atenuar os domínios prejudicados durante a terapêutica e direcionar a reabilitação destas mulheres.

Posteriormente, foi realizada a associação entre as variáveis estadiamento com a função física, fadiga e náuseas e vômitos. Observou-se diferenças significativas na função física na terceira etapa, com valor de $p=0,03$ e na primeira etapa com o sintoma fadiga, $p=0,048$. Estes dados demonstram que função física e fadiga são alteradas em virtude do diagnóstico avançado, com impacto na QV das mulheres.

No estudo de Wyatt *et al.* (2013) verificou-se que as maiores limitações em pacientes com doença avançada são na função física, possivelmente resultante de dor contínua referida pelos pacientes ao longo do tempo. Já no estudo de Hsu *et al.* (2014) foi observado que a fadiga apresentou melhora clínica importante a longo prazo, tendo em vista que no diagnóstico este sintoma foi bastante reportado.

Estudo de revisão integrativa em 2013, com o objetivo de caracterizar artigos abordando a QV de pacientes com câncer avançado e sumarizar os fatores contribuintes para melhora ou piora da QV, identificou os sintomas dor, fadiga, desconforto pela severidade e frequência dos sintomas, sensação de dependência, má qualidade do sono, falta de apoio social e familiar, falta de apetite e depressão como fatores que afetaram negativamente a QV. Estes estudos evidenciaram que a fadiga repercute na QV e compromete a realização de atividades diárias, de lazer e de autocuidado (FREIRE *et al.*, 2104).

Observou-se nesta pesquisa que o diagnóstico do câncer de mama e os tratamentos ocasionaram deterioração na função emocional das mulheres. Tal fato foi impactante nas três etapas, com comprometimento na QV antes e durante a quimioterapia. Assim, foi realizada associação das variáveis função emocional com idade, estado civil, filhos, ocupação e renda familiar. A associação entre as variáveis função emocional e filhos foi significativa na terceira etapa, com valor de $p=0,0007$, demonstrando que os sentimentos de preocupação com os filhos é superior à preocupação com o tratamento.

A literatura aponta que o apoio social, familiar e de profissionais melhora a QV das mulheres com câncer de mama (SIMEÃO *et al.*, 2013) e que os principais acompanhantes em atividades durante o tratamento, em geral, são os filhos, marido e outros familiares e amigos (FANGEL *et al.*, 2013). A relação maternal e familiar

tende a ser mais valorizada neste período, com aproximação e participação dos entes mais próximos na trajetória terapêutica.

Gestos de aceitação, afeto e acolhimento fazem parte do apoio emocional proporcionado pelos filhos, além da participação da família no encorajamento e enfrentamento das dificuldades (PISONI *et al.*, 2013).

O apoio da família é parte essencial do tratamento e enfrentamento do câncer pela mulher. Assim, as preocupações com os filhos e familiares são mais importantes para as mulheres do que as limitações e efeitos impostos pelo tratamento. Carvalho *et al.* (2013) referem em seus estudos que a prioridade das mulheres durante a quimioterapia é poder amparar os filhos e familiares em geral.

Neste sentido, a enfermagem deve oferecer suporte para a mulher, filhos e familiares, estabelecendo uma relação pautada em confiança e acolhimento para proporcionar bem-estar e uma melhor QV.

Ao analisar as escalas funcionais do QLQ-BR23 nesta pesquisa, não foram encontradas diferenças significativas nos domínios imagem corporal, função e satisfação sexual e perspectivas futuras.

Quanto à função imagem corporal, esta apresentou a melhor média na primeira etapa (83,21%), com leve diminuição nas etapas seguintes (77,02% e 75%, respectivamente), denotando comprometimento mínimo deste domínio na fase de tratamento quimioterápico. No local onde foi realizada a pesquisa, o serviço social oferece perucas, lenços e adornos para as mulheres com alopecia e, realizam eventos no setor para estimular a autoestima e socialização dos pacientes. Acredita-se que este suporte tenha colaborado para a satisfação das mulheres neste domínio.

Estudo de Silva, Albuquerque e Leite (2010) corrobora com estes dados em que a imagem corporal foi a função menos comprometida, com valor médio de 70,02% e nos estudos de Jassim e Whitford (2013), com média de 75,64% e Yusuf *et al.* (2013), que apresentou médias superiores a 75% nas mulheres malaias e chinesas. Em contrapartida, estudo de Fangel *et al.* (2013) verificou média de 32,6%, demonstrando que as mulheres foram afetadas negativamente neste domínio.

Os tratamentos para o câncer de mama, tanto a cirurgia, seja conservadora ou não, como a quimioterapia e a radioterapia repercutem na imagem corporal das

mulheres, devido aos seus efeitos físicos, emocionais e sociais que modificam características próprias e impactam na QV (ALMEIDA; GUERRA, 2012)

A imagem corporal no câncer de mama está relacionada às características individuais e envolve os aspectos físicos, emocionais e sociais, que quando comprometidos, afetam a estética, os pensamentos, emoções, feminilidade, sexualidade, relação maternal, relações pessoais e execução de tarefas, com impacto na QV das mulheres (SANTOS; VIEIRA, 2011; ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012).

Verenhitach *et al.* (2014) ressaltam que a mama é um órgão símbolo de feminilidade, sexualidade, beleza, erotismo, maternidade e atributos significativos que ultrapassam o físico e favorecem a autoestima, autoconfiança e reconhecimento social, independente de etnia e contextos socioeconômicos.

O impacto da doença, as alterações decorrentes dos seus tratamentos, o medo de recidiva e o temor da morte influenciam as mulheres na forma de lidar consigo mesmo, com seu corpo e na relação com os demais, ocasionando um desequilíbrio nestes múltiplos aspectos que estão presentes na elaboração da sua imagem corporal (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Percebe-se que os efeitos neste domínio se estendem por um longo período, sendo necessário que as intervenções de enfermagem iniciem já no diagnóstico e permeiem todo tratamento e reabilitação, levando em consideração a QV destas mulheres em cada momento.

Almeida, Guerra e Filgueiras (2012), em revisão sistemática, evidenciaram que as alterações na imagem corporal são provocadas pelos efeitos adversos da quimioterapia, como alopecia, diminuição da libido, infertilidade, menopausa precoce, ganho de peso e secura vaginal. Em consonância, na revisão de Vidotti, Scorsolini-Comin e Santos (2013) foram encontrados resultados semelhantes decorrentes dos efeitos da quimioterapia, com insatisfação e prejuízos na autoimagem, relacionamento sexual, feminilidade e QV a longo prazo.

Neste sentido, a atuação do enfermeiro é essencial com vistas a identificar as preocupações relacionadas à feminilidade e autoimagem. As orientações devem ser relativas aos efeitos do tratamento quanto à queda de cabelo, ao seu processo transitório, além de propor alternativas como o uso de perucas, lenços, chapéus e sugerir acompanhamento psicológico quando necessário. Essas ações podem contribuir para uma melhor adaptação à terapêutica e melhora na imagem visual.

Ambos os tratamentos são considerados agressivos, estigmatizantes e afetam a QV. Entende-se que nos tratamentos adjuvantes há a sobreposição destes dois fatores, cirurgia e quimioterapia, o que pode representar para as mulheres maior comprometimento no domínio imagem corporal. Tal fato pode justificar as pequenas alterações nestes domínios, tendo em vista que 79,1% das mulheres desta pesquisa não tinham realizado o procedimento cirúrgico nos momentos de coleta dos dados, ou seja, iniciaram a quimioterapia como primeira escolha de tratamento, no intuito de diminuir o tumor ou pelos benefícios que a mesma proporciona na realização de cirurgias conservadoras.

Todavia, o impacto da quimioterapia durante o tratamento neoadjuvante também pode interferir sobre a imagem corporal. A literatura aponta que essa imagem pode estar alterada antes mesmo do diagnóstico, com insatisfações na autoimagem e nas relações pessoais e sexuais, que podem ser aumentadas com a doença e seus tratamentos, em especial a quimioterapia, que quando adicionada à terapêutica, parece aumentar os efeitos negativos (PELUSI, 2006).

O detrimento da imagem corporal em relação aos resultados estéticos da cirurgia não foi observado nesta pesquisa, tendo em vista que apenas cinco mulheres realizaram a mastectomia antes de iniciar a quimioterapia.

Quanto a função sexual nesta pesquisa, as médias permaneceram estáveis nas três etapas, com variações dos valores médios de 69,70% a 74,86%, o que demonstra que as mulheres se mantiveram sexualmente ativas e sentiram desejo sexual. No entanto, a satisfação sexual apresentou médias baixas de 32,18%, 46,67% e 38,67% nas três etapas, respectivamente, indicando que as relações sexuais foram prejudicadas.

É importante ressaltar que o domínio satisfação sexual não foi respondido por todas as mulheres, fato esperado pelo *Scoring Manual* (FAYERS *et al.*, 2001), e por ser uma pergunta relacionada à sua intimidade, com consequentes constrangimentos.

Estes resultados são semelhantes aos encontrados nos estudos de Yusuf *et al.* (2013), Lôbo *et al.* (2013) e Anota *et al.* (2014), em que a função sexual apresentou melhores médias e a satisfação sexual foi pouco satisfatória. Outros estudos reportaram comprometimento tanto na função como na satisfação sexual, com escores abaixo de 50% em ambos os domínios (HOYER *et al.*, 2011; JASSIM; WHITFORD, 2013).

O câncer de mama e seus tratamentos proporcionam prejuízos na função sexual relacionados aos efeitos negativos na imagem corporal, à fadiga, secura vaginal, dispareunia, baixa autoestima, sintomas de menopausa e relacionamento conjugal insatisfatório anterior à doença (VERENHITACH *et al.*, 2014).

Na revisão integrativa de Cesnik e Santos (2012), com o objetivo de analisar a influência dos desconfortos físicos na sexualidade da mulher mastectomizada, foi identificado estudo americano que encontrou problemas de lubrificação nas mulheres que receberam quimioterapia, com efeitos negativos na vida sexual e estudo europeu, cujos resultados revelaram que 37% das mulheres vivenciaram ressecamento vaginal e 24% dor durante as relações, o que reforça a necessidade de avaliar estes domínios.

Vidotti, Scorsolini-Comin e Santos (2013) corroboram na constatação de prejuízos no relacionamento sexual decorrente dos tratamentos e evidencia que além dos aspectos físicos como prováveis causas, as questões psicológicas afetam a vida sexual e o relacionamento íntimo do casal. Em consonância, na revisão de Verenhitach *et al.* (2014), os estudos reiteram que a função sexual é comprometida tanto por efeitos nos aspectos físicos quanto psicológicos do câncer de mama.

Tais estudos evidenciam o impacto negativo do funcionamento sexual na vida das mulheres, comprometendo sua QV. É uma questão raramente abordada pelos profissionais da saúde, devido à intimidade do tema, entretanto, é um aspecto que deve ser observado com mais veemência pelos enfermeiros a fim de orientar estas mulheres quanto aos efeitos do tratamento e possíveis ações que diminuam este impacto.

Entre as intervenções que podem auxiliá-las, Verenhitach *et al.* (2014) propõem questionamento ativo por parte do profissional para identificar o comprometimento e indicar a intervenção adequada, com disponibilidade de acompanhamento psicoterápico, psicoeducacional e medicamentoso, quando necessário, além de estimular as pacientes a reassumir suas atividades laborais e compromissos sociais, o que contribuem no processo de adequação às transformações vivenciadas.

O enfermeiro deve estabelecer uma comunicação que favoreça a abertura a este tema, e se possível incluir o parceiro, para identificar e gerir cuidados que amenizem essa disfunção. Adicionalmente, deve orientar quanto à disfunção transitória ou permanente, de acordo com a terapêutica instituída, sugerir o uso de

lubrificantes vaginais hidrossolúveis às pacientes que referem desconforto ou dor nas relações e expor métodos contraceptivos (BONASSA; GATO, 2012).

Em relação à perspectiva futura, as médias variaram de 37,37% no início do tratamento à 47,22% na terceira etapa, demonstrando que as preocupações com a vida futura foram amenizadas no decorrer da terapêutica, possivelmente à uma adaptação das mulheres ao tratamento e a doença.

Corroboram os estudos de Jassim e Whitford (2013), com média de 61,29% para este domínio, Yusuf *et al.* (2013), com médias de 44,25% para as malaias e 57,78% para as chinesas, SIO *et al.* (2014) com variações nas médias de 46% a 70% e Anota *et al.* (2014) com médias de 47,46% a 54,49%, indicando melhor perspectiva de vida para estes pacientes.

Em contrapartida, estudo longitudinal de Damodar *et al.* (2013), na Índia, que avaliou a QV de 41 pacientes com câncer de mama, com os questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23, no início (≤ 2 ciclos) e durante a quimioterapia (≥ 5 ciclos), demonstrou que este domínio foi significativamente afetado. Este estudo evidencia a importância entre a duração do tratamento e as variações na QV, ressaltando a necessidade de compreensão dos profissionais em relação a estas diferenças. Outros estudos encontraram achados semelhantes com comprometimento neste domínio, denotando preocupação com a saúde futura (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010; FANGEL *et al.*, 2013).

O estigma da doença aliado aos efeitos do tratamento fazem com que as mulheres cheguem aos serviços de saúde com muitas angústias e medos que podem gerar apreensão em relação à sua saúde futura. Ademais, a literatura aponta que o medo de recidiva e as possibilidades de complicações afetam a QV das mulheres (FANGEL *et al.*, 2013).

As incertezas, medos e preocupações quanto à saúde futura podem ser amenizadas pelo enfermeiro ao estabelecer um relacionamento de confiança, com possibilidade de sanar as angústias e dúvidas das mulheres e assim proporcionar melhores condições de vida e de enfrentamento em relação ao futuro.

Ao analisar as escalas de sintomas do QLQ-BR23, observou-se aumento das médias referente aos efeitos sistêmicos da terapêutica, com variações de 16,49% a 45,24%. Estes dados foram significativos entre a primeira e segunda etapas ($p < 0,0001$) e entre a primeira e terceira etapas ($p < 0,0001$), com intensificação dos efeitos adversos no decorrer da terapêutica e comprometimento

da QV. Corrobora estudo de Recalde e Samudio (2012), em que este domínio foi comprometido com média de 75,7%, com diminuição na QV. Este estudo reforça o impacto dos eventos adversos da quimioterapia em relação a tratamentos menos agressivos.

No estudo de Carvalho *et al.* (2013), as mulheres relataram queixas relacionadas aos efeitos adversos da quimioterapia como náusea e vômito, boca seca, cansaço, cefaleia e pele seca, com alterações nas suas vidas. Esta fase é caracterizada por intensas modificações na rotina, que devem ser reconhecidas e manejadas pela equipe de enfermagem.

Estudo de Tachi *et al.* (2015), na China, identificou a intensificação dos efeitos adversos durante o tratamento, com impacto na QV dos pacientes, principalmente na capacidade de realizar suas atividades habituais, nas funções física e psicológica.

Amenizar ou controlar estes sintomas que, em geral, são sobrepujados durante a quimioterapia, é essencial para restabelecer condições viáveis para a mulher executar seu autocuidado e atividades cotidianas. O enfermeiro deve orientar a família e a mulher quanto aos efeitos e manejá-los adequadamente.

Em relação aos sintomas da mama, encontrou-se nesta pesquisa uma diminuição nos valores médios (33,33%; 23,33%; 17,90%), com diferença significativa entre a primeira e terceira etapa ($p<0,05$), o que indica melhora nos sintomas. Na comparação entre as modalidades este domínio foi significativo na terceira etapa ($p=0,003$) para as mulheres na neoadjuvância, provavelmente pela atuação da quimioterapia no nódulo, que em geral, é palpável no início do tratamento neoadjuvante e, no seu decorrer tende a diminuir.

Outros estudos revelam escores baixos para este domínio, porém não estratificam a modalidade do tratamento quimioterápico em neoadjuvante ou adjuvante (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010; SIO *et al.*, 2014)

No estudo de Bezerra *et al.* (2013), os resultados foram contraditórios ao da presente pesquisa, com sintomas significativos na subescala câncer do questionário FACT-B na terapêutica adjuvante. Segundo Vidotti-Scorsolini-Comin e Santos (2013), em estudo de revisão, os efeitos na mama e no braço, como edema, dor, limitações na força e amplitude do membro, decorrentes da cirurgia afetam o desempenho de atividades e funções sociais, com prejuízos na QV.

Estudo transversal no Paraguai que avaliou a QV de 125 pacientes com câncer de mama, utilizando os questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23, verificou valores médios altos para os sintomas da mama (81,9%) indicando comprometimento neste domínio em mulheres mastectomizadas e submetidas à quimioterapia, com maior presença de sensibilidade e dor nas mamas (RECALDE; SAMUDIO, 2012).

As mulheres da presente pesquisa, como citado anteriormente, apresentaram o sintoma dor com maior evidência no início do tratamento, o que pode estar relacionado aos sintomas da mama que estão mais presentes neste momento. Com a atuação da quimioterapia e do manejo da dor pelos profissionais, possivelmente estes sintomas foram controlados ou amenizados nas etapas seguintes.

Quanto aos sintomas no braço, as médias mantiveram-se estáveis nas três etapas da pesquisa com variações na média de 22,05% a 30,24%. Embora estes resultados obtiveram diferenças nas etapas ($p=0,012$) pelo teste de *Friedman*, estas não foram significantes pelo teste complementar de diferenças mínimas significativas.

Os sintomas nos braços são referidos em maior intensidade pelas mulheres mastectomizadas, decorrentes das complicações desta terapêutica como a infecção, a dor e o linfedema (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010; VIDOTTI; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Nos Estados Unidos, estudo de Sio *et al.* (2014), observaram que as mulheres jovens experienciam maiores sintomas nos braços devido aos tratamentos cirúrgicos mais agressivos a que são submetidas, com limitações nas atividades funcionais e tendem a identificar estas alterações com mais frequência, por serem ativas fisicamente.

As orientações direcionadas às mulheres com câncer de mama para evitar complicações no membro homolateral, devem ser realizadas antes do procedimento cirúrgico e ressaltadas durante toda a trajetória terapêutica pelo enfermeiro. As medidas incluem: não carregar pesos; não permitir a aferição de pressão arterial e punções venosas neste membro; não fazer esforços repetitivos ou bruscos; evitar dormir sobre esse membro, para não comprometer a circulação; evitar exposição ao calor; evitar a retirada de cutículas, depilação da axila ou qualquer ferimento no membro; utilizar luvas para o manuseio de produtos de limpeza que possam

provocar irritação na pele (CARVALHO; SANTOS; LINHARES, 2012). Estas ações visam a reforçar os cuidados e manter a possibilidade das atividades cotidianas.

Um dos sintomas reportados com frequência pelas mulheres e que impacta na QV é a alopecia. Este sintoma obteve aumento durante a terapêutica, com diferenças entre as etapas pelo teste de *Friedman* $p=0,023$, porém não significativas pelo teste complementar de diferenças mínimas significativas. As médias assumiram valor baixo de 20% na primeira etapa, o que era esperado por não ter iniciado o tratamento, com aumento na segunda etapa 49,48%, momento em que este efeito começa a ocorrer, com prejuízos na imagem visual; e na terceira etapa houve diminuição 41,18%, possivelmente atrelada a aceitação das mulheres a este evento e a estabilização da queda.

Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Recalde e Samudio (2012), em que a perda de cabelo obteve média de 69,9%, o que indica que este sintoma prejudicou a QV, diretamente relacionado ao impacto emocional e de valoração da autoimagem, ocasionada pela quimioterapia. Estudo de Hoyer *et al.* (2011) evidencia a queda de cabelo como um dos sintomas mais severos, com prejuízos na QV.

É importante ressaltar que as drogas mais utilizadas nesta pesquisa fazem parte de protocolos usualmente aplicados às mulheres com câncer de mama e são altamente tóxicas, favorecendo a queda de cabelo em 100% dos casos. É essencial que o enfermeiro comunique à mulher quanto à ocorrência deste evento, ofereça opções para amenizar tal fato e dê o suporte necessário para o enfrentamento deste efeito que diminui a autoestima e impacta na QV.

O acompanhamento dos profissionais neste período pode auxiliar as mulheres a ultrapassar esta etapa com autoconfiança e prepará-las para estes efeitos. Algumas medidas que auxiliam podem ser orientadas pelo enfermeiro como evitar a lavagem diária dos fios, a aplicação de tinturas, secadores, *sprays* ou prendê-los fortemente, evitar a escovação frequente e sugerir o uso de lenços, perucas, boinas e chapéus.

O diagnóstico de câncer de mama acarreta mudanças no estilo de vida das mulheres, que influenciam sua rotina e bem-estar. É uma doença estigmatizada acompanhada de medo, angústias, preocupações e impotência frente às adversidades, que persistem ou se intensificam durante o tratamento. Estes, por ora agressivos, como a quimioterapia, provocam eventos adversos que impactam na

sua vida. Nesta trajetória, o enfermeiro munido de conhecimentos técnicos com ações humanizadas pode auxiliá-las, com ações individualizadas e direcionadas a estes aspectos significativos na QV da mulher.

A QV pela sua face multidimensional consegue abarcar todos os aspectos alterados na vida das mulheres decorrentes do câncer de mama e de seus tratamentos. As consequências nas esferas física, emocional e social são peculiares às características individuais de cada mulher e requer acompanhamento do enfermeiro para a realização de uma assistência integral, com restabelecimento das condições de vida.

Conhecer a trajetória terapêutica e de vida das mulheres acometidas pelo câncer de mama pode auxiliar os enfermeiros nas suas condutas perante o tratamento. Estabelecer empatia e um nivelamento de comunicação e interação são passos importantes para a realização de uma assistência singular, permitindo que as mulheres exponham suas dificuldades e sentimentos e então seja conduzido um planejamento que viabilize o atendimento baseado na integralidade. A educação em saúde deve permear todo o tratamento com a utilização de linguagem condizente ao nível de entendimento das mulheres para que o manejo dos eventos seja efetivo.

6 CONCLUSÕES

Nesta pesquisa, a QV foi avaliada em mulheres submetidas à quimioterapia neoadjuvante e adjuvante, no entanto, o objetivo inicial incluía a terapêutica paliativa, que por apresentar amostra insuficiente para comparações foi excluída da pesquisa. Na questão relativa a QV e saúde global as mulheres consideraram satisfatórias, porém, apresentaram comprometimento nos domínios função física e emocional e em relação aos sintomas fadiga, náuseas e vômitos e sintomas da mama.

Foi possível observar que os diferentes tratamentos a que são submetidas comprometem suas vidas de formas variadas, tanto a cirurgia como a quimioterapia são procedimentos que ocasionam modificações estéticas, emocionais, sociais e funcionais. Nas comparações entre os grupos neoadjuvante e adjuvante, observou-se que os domínios funcionais, função física, desempenho pessoal e função cognitiva e os sintomas, dor, dispneia e sintomas da mama tiveram um impacto maior na QV das mulheres que realizaram a terapêutica neoadjuvante.

É importante lembrar que determinados fatores biológicos, socioeconômicos e culturais podem influenciar as condições de vida das mulheres de forma positiva ou negativa, nos diferentes domínios biopsicossociais. Para tal, foram realizadas associações com as variáveis sociodemográficas e variáveis da QV identificando que a QV e saúde global foi impactante em estádios localmente avançados e prejudicou a QV nos domínios função física e fadiga. Nos diagnósticos tardios, os efeitos agressivos do tratamento podem ser sobrepujados pelos domínios já alterados em função do diagnóstico, tornando as mulheres mais vulneráveis aos efeitos comumente reportados por pacientes com câncer como a fadiga e as limitações físicas.

Além de diminuir a QV das mulheres, os diagnósticos tardios reduzem a sobrevida e as possibilidades de cura, evidenciando que o diagnóstico precoce é a melhor opção para o controle da doença e suas consequências. Políticas públicas e medidas de prevenção que favoreçam o rastreamento e o diagnóstico precoce devem ser melhor estruturadas, com agilidade no período do diagnóstico ao início do tratamento, visando a promoção da saúde e melhor QV das mulheres.

Nesta pesquisa, a função emocional foi um dos domínios mais prejudicados, e na correlação com os dados sociodemográficos, foi relacionada a preocupação com os filhos. O apoio dos filhos é importante fonte de força e coragem para o enfrentamento da doença e do transcurso terapêutico e, para a mulher, eles são mais importantes na sua vida do que qualquer tratamento. O cuidado estendido à família se torna parte essencial da sua recuperação, sendo que esta deve ser constantemente apoiada e atualizada da situação de saúde da mulher.

A mensuração da QV torna-se um instrumento viável para verificar as necessidades biopsicossociais de mulheres com câncer de mama sob a sua perspectiva, sua experiência de vida e cultura em que está inserida. Assim, a valorização da QV como ponto de partida para uma assistência voltada às necessidades da mulher é um caminho a ser trilhado, desafiante, mas relevante e gratificante tanto para as mulheres e suas famílias como para os profissionais.

Como fator limitante, aponta-se o número pequeno de mulheres na adjuvância em comparação às neoadjuvantes e, quanto ao critério de inclusão, primeira vez de quimioterapia, que não permitiu um maior número de mulheres na terapêutica paliativa. Em relação ao tempo da pesquisa, o acompanhamento não se estendeu até o final da terapêutica, o que pode modificar a QV das mulheres na neoadjuvância, que ainda serão encaminhadas para a realização de cirurgia ou outros tratamentos. Por se tratar de uma pesquisa quantitativa ela não agrega valores qualitativos que poderiam expressar o sentimento e a percepção das mulheres, de forma minuciosa, os aspectos acometidos durante a terapêutica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. R. de; GUERRA, M. R.; FILGUEIRAS, M. S. T. Repercussões do cancer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. **Physis: revista de saude coletiva**, v. 22, n. 3, p. 1003-29, 2012.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures 2015**. Atlanta: American Cancer Society, 2015. Disponível em: <<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@editorial/documents/document/acspc-044552.pdf>>. Acesso em 28/05/2015.

AMORIM, G. CORDEIRO, J. de C. In: FIGUEIREDO, E.; MONTEIRO, M.; FERREIRA, A. **Tratado de oncologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2013. p. 1259-62.

ANDRADE, D. A. P. de *et al.* Quimioterapia neoadjuvante e resposta patológica: coorte retrospectiva. **Einstein**, São Paulo, v. 11, n. 4, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000400007>> Acesso em: 14/07/2014.

ANOTA, A. *et al.* Item response theory and fator analysis as a mean to characterize occurrence of response shift in a longitudinal quality of life study in breast cancer patients. **Health qual. life outcomes.**, v. 12, n. 32, 2014. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/12/1/32>>. Acesso em: 02/11/2014.

ASSI, H.A. *et al.* Epidemiology and prognosis of breast cancer in young women. **J Thorac Dis**, v.5, Suppl. 1, p. S2-S8, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.jthoracdis.com/article/view/1215/html>>. Acesso em: 01/11/2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. ABEP, 2008. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 29/06/2015.

AYALA-FELICIANO, M. *et al.* The relationship between visuospatial memory and coping strategies in breast cancer survivors. **Breast Cancer: Basic and Clinical Research**, v. 5, p. 117-30, 2011. Disponível em: <doi: 10.4137/BCBCR.S6957>. Acesso em: 11/08/2015.

BACCARO, L. F. *et al.* Cancer in women over 50 years of age: a focus on smoking, **Cancers**, v. 7, p. 450-9, 2015. Disponível em: <doi:10.3390/cancers7010450>. Acesso em: 28/03/2015.

BAENA-Cañada, J. M. *et al.* Influencia de los factores clínicos y biográficos en la calidad de vida de las mujeres durante la quimioterapia adyuvante por cáncer de mama. **Rev. calid. asist.**, v. 26, n. 5, p. 299-305, 2011. Disponível em: <doi:10.1016/j.cali.2011.04.005>. Acesso em: 01/09/2015.

BARROS, A. F.; UEMURA, G.; MACEDO, J. L. S. de. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, v. 35, n. 10, p. 458-63, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n10/06.pdf>. Acesso em: 04/09/2014.

BAYRAM, Z.; DURNA, Z.; AKIN, S. Quality of life during chemotherapy and satisfaction with nursing care in Turkish breast cancer patients. **Eur. j. cancer care (Engl)**, v. 23, p. 675-84, 2014. Disponível em: <DOI: 10.1111/ecc.12185>. Acesso em: 02/03/2015.

BERGEROT, C. D.; ARAUJO, T. C. C. F. de. Avaliação do *distresse* e da qualidade de vida dos pacientes com câncer ao longo de seu tratamento com quimioterapia. **Invest. educ. enferm.**, v. 32, n. 2, p. 216-24, mai-ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24/02/2015.

BERRUTI, A. *et al.* International expert consensus on primary systemic therapy in the management of early breast cancer: highlights of the fourth Symposium on Primary Systemic Therapy in the management of operable breast Cancer, Cremona, Italy (2010). **J. natl. cancer inst. monogr.**, v. 43, p. 147-51, 2011. Disponível em: <http://jncimono.oxfordjournals.org/content/2011/43/147.full.pdf>. Acesso em: 15/11/2014.

BEZERRA, K. B. *et al.* Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.7, p. 1933-41, 2013.

BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

BONFIM, R. J. A. Câncer de mama no homem: análise dos aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos em serviço formal brasileiro. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, v.35, n.11, 2013.

BOUKAI, A. Tratamento sistêmico do câncer metastático. In: FIGUEIREDO, E.; MONTEIRO, M.; FERREIRA, A. **Tratado de oncologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2013. p. 1267-70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso**. Rio de Janeiro: Inca, 2004. 39p.

_____. Lei n. 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 30 abr. 2008. Seção 1, pt.1.

_____. Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 23 nov. 2012a. Seção 1, pt.1.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012**. Rio de Janeiro: Inca, 2012b.

_____. _____. _____. **Apresentação estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. 2014a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2013/apresentacao-estimativa-2014.pdf>>. Acesso em: 29/01/2014.

_____. _____. _____. **Tipos de câncer: câncer de mama**. 2014b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama++>. Acesso em: 30/01/2014.

_____. Estimativa 2014. **Incidência de câncer no Brasil: síntese de resultados e comentários**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 28/04/2015.

BRÉDART, A. *et al.* Assessment of needs, health-related quality of life, and satisfaction with care in breast cancer patients to better target supportive care. **Ann. oncol.**, v. 24, n. 8, p. 2151-8, 2013. Disponível em: <doi:10.1093/annonc/mdt128>. Acesso em: 15/08/2015.

BURSTEIN, H. J.; HARRIS, J. R.; MORROW, M. Malignant tumors of the breast. In: DE VITA JUNIOR, V. T.; HELLMAN, N. S.; ROSENBERG, A. S, organizadores.

Cancer: Principles & Practice of Oncology. 9. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. p. 1401-46.

CARAYOL, M. *et al.* Psychological effect of exercise in women with breast cancer receiving adjuvant therapy: what is the optimal dose needed? **Ann. oncol.**, v. 24, p. 291-300, 2013.

CARVALHO, P. L. de *et al.* Qualidade de vida de mulheres em tratamento de câncer de mama. **J. Health Sci. Inst.**, v. 31, n. 2, p. 187-92, 2013. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/02_abr-jun/V31_n2_2013_p187a192.pdf>. Acesso em: 28/01/2014.

CARVALHO, A.P.R.; SANTOS, T.M.B.; LINHARES, F.M.P. Promoção do autocuidado a mulheres mastectomizadas. **Cogitare enferm.**, v.17, n.3, p. 485-91, 3. trim. 2012.

CATSBURG, C. *et al.* Active cigarette smoking and the risk of breast cancer: a cohort study. **Cancer epidemiol.**, v. 38, n. 4, p. 376-81, 2014.

CESNIK, V.M.; SANTOS, M.A. Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada? **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 46, n. 4, p. 1001-8, 2012.

CHAVES, P. L.; GORINI, M. I. P. C. Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400018>> Acesso em: 24/05/2014.

CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. bras. reumatol.**, v. 39, n. 3, 1999.

COSTA, M.A.D.L.; CHAGAS, S.R.P. Quimioterapia neoadjuvante no câncer de mama operável: revisão da literatura. **Rev. bras. cancerol.**, v. 59, n. 2, p. 261-9, 2013. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v02/pdf/14-quimioterapia-neoadjuvante-no-cancer-de-mama-operavel-revisao-da-literatura.pdf>. Acesso em: 12/01/2014.

COSTA, W. B. *et al.* Mulheres com câncer de mama: interações e percepções sobre o cuidado do enfermeiro. **REME rev. min. Enferm.**, v. 16, n. 1, 2011. Disponível em:

DOI: <<http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000100005>>. Acesso em: 09/07/2014.

COSTA NETO, S. B.; ARAÚJO, T. C. C. F. de. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Temas psicol. (Online)**, v. 9, n. 2, p. 125-35, 2001.

COSTA-REQUENA, G.; RODRÍGUEZ, A.; FERNÁNDEZ-ORTEGA, P. Longitudinal assessment of distress and quality of life in the early stages of breast cancer treatment. **Scand. j. caring sci.**, v. 27, p. 77-83, 2013.

DAMODAR, G. *et al.* Assessment of quality of life in breast cancer patients at a tertiary care hospital. **Arch Pharma Pract**, v. 4, n. 1, p. 15-20, 2013.

<Disponível em: <http://www.archivepp.com/temp/ArchPharmaPract4115-4349464_120454.pdf>. Acesso em: 26/08/2015.

DUIJTS, S. F. A. *et al.* Efficacy of cognitive behavioral therapy and physical exercise in alleviating treatment-induced menopausal symptoms in patients with breast cancer: results of a randomized, controlled, multicenter trial. **J. clin. oncol.**, v. 30, n. 33, p. 4124-33, 2012.

ERMIAH, E. *et al.* Diagnosis delay in Libyan female breast cancer. **BMC res. notes**, v. 5, n. 452, p. 1-8, 2012.

EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER (EORTC). The future of cancer therapy. **History**. Bélgica: EORTC; 2014. Disponível em: <<http://www.eortc.org/about-us>>. Acesso em: 01/07/2014.

EWALD, F.; DANIELSKI, K. Cuidado de enfermagem diante do diagnóstico de câncer de mama. **Ries**, Caçador, v. 2, n. 1, p. 58-78, 2013. Disponível em: <<http://www.uniarp.edu.br/periodicos/index.php/ries/article/view/100>>. Acesso em: 02/08/2014.

FANGEL, L. M. V. *et al.* Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. **Acta paul. enferm.**, v. 26, n. 1, p. 93-100, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000100015>>. Acesso em: 14/02/2014.

FAYERS, P. M. *et al.* EORTC Quality of Life Group. **The EORTC QLQ-C30 scoring manual**. 3rd edition. Brussels: EORTC, 2001.

FLECK, M. P. de A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: _____. **Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008. 228p.

FLECK, M. P. de A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. bras. psiquiatr.**, v. 21, n. 1, 1999.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais.** Tradução Roberta Marchiori Martins. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FRANCESCHINI, J. *et al.* Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. **J. bras. pneumol.**, v. 36, n. 5, p. 595-602, 2010.

FRAZÃO, A.; SKABA, M. M. F. V. Mulheres com câncer de mama: as expressões da questão social durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante. **Rev. bras. cancerol.**, v. 59, n. 3, p. 427-35, 2013. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/13-artigo-mulheres-cancer-mama-expressoes-questao-social-durante-tratamento-quimioterapia-neoadjuvante.pdf>. Acesso em: 02/05/2014.

FREIRE, M. E. M. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 48, n. 2, p. 357-67, 2014. Disponível em: <DOI: 10.1590/S0080-623420140000200022>. Acesso em 18/01/2015.

FURLAN, V. L. A. *et al.* Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. **Rev. bras. cir. plást.**, v. 28, n. 2, p. 264-9, 2013.

GOMES, J. S. *et al.* Qualidade de vida na oncologia: uma revisão bibliográfica. **Revista contexto & saúde**, v. 10, n. 20, p. 463-472, jan./jun. 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1566>>. Acesso em: 06/06/2014.

GOZZO, T. de O. *et al.* Náusea, vômitos e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Rev. gaúcha enferm.**, v. 34, n. 3, p. 110-6, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300014>>. Acesso em: 02/03/2014.

GOZZO, T. de O. *et al.* Ocorrência de náusea e vômito no tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama. **Rev. gaúcha enferm.**, v. 35, n. 3, p. 117-23, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.42068>>. Acesso em: 14/02/2015.

GUIMARÃES, A. G. C.; ANJOS, A. C. Y. dos. Caracterização sociodemográfica e avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico adjuvante. **Rev. bras. cancerol.**, v. 58, n. 4, p. 581-92, 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/03-artigo-caracterizacao-sociodemografica-avaliacao-qualidade-vida-mulheres-cancer-mama-tratamento-quimioterapico-adjuvante.pdf>. Acesso em: 29/09/2013.

HALL, E. *et al.* Comparison of patient reported quality of life and impact of treatment side effects experienced with a taxane-containing regimen and standard anthracycline based chemotherapy for early breast cancer: 6 year results from the UK TACT trial (CRUK/01/001). **Eur. j. cancer.**, v. 50, n. 14, p. 2375-89, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4166460/>>. Acesso em: 05/08/2014.

HO, S. S. M. *et al.* Anxiety, depression and quality of life in Chinese women with breast cancer during and after treatment: A comparative evaluation. **Eur. j. oncol. nurs.**, v. 17, p. 877-82, 2013.

HONG, W. S. *et al.* Comparison of neoadjuvant adriamycin and docetaxel versus adriamycin, cyclophosphamide followed by paclitaxel in patients with operable breast cancer. **J. Korean Surg. Soc.**, v. 85, n.1, p. 7-14, 2013.

HOYER, M. *et al.* Health-related quality of life among women with breast cancer – a population-based study. **Acta oncol.**, v. 50, p. 1015-26, 2011. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/0284186X.2011.577446>>. Acesso em: 15/11/2014.

HSU, T. *et al.* Quality of life in long-term breast cancer survivors. **J. clin. oncol.**, v. 31, n. 28, p. 3540-48, 2013. Disponível em: <DOI: 10.1200/JCO.2012.48.1903>. Acesso em: 27/01/2015.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica:** uma abordagem epidemiológica. Tradução Michael Schmidt Duncan. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, 384 p.

HWANG, S. Y.; CHANG, S. J.; PARK, B. Does chemotherapy really affect the quality of life of women with breast cancer? **J Breast Cancer.**, v. 16, n. 2, p. 229-35, 2013.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4048/jbc.2013.16.2.229>>. Acesso em: 05/05/2015.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). World Health Organization (WHO). GLOBOCAN 2012. **Breast Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012**. Lyon, 2014. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx>. Acesso em: 10/06/2014.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A. da; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cad. saúde pública.**, v. 27, n. 7, p. 1259-70, 2011.

JAMY, O. *et al.* Male breast cancer: a 24 year experience for tertiary care hospital in Pakistan. **Asian pac. j. cancer prev.**, v. 16, n. 4, p. 1559-63, 2015. Disponível em: <DOI:<http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.4.1559>>. Acesso em: 06/03/2015.

JANELSINS, M. C. *et al.* Prevalence, mechanisms, and management of cancer-related cognitive impairment. **Int. rev. psychiatry.**, v. 26, n. 1, p. 102-13, 2014. Disponível em: <doi:10.3109/09540261.2013.864260>. Acesso em: 01/05/2015.

JASSIM, G. A.; WHITFORD, D. Quality of life of Bahraini women with breast cancer: a cross sectional study. **BMC cancer.**, v. 13, n. 212, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3644231/pdf/1471-2407-13-212.pdf>>. Acesso em: 01/11/2014.

JEKEL, J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. Tradução Jair Ferreira. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

JORGE, L. L. R.; SILVA, S. R. da. Evaluation of the Quality of Life of gynecological cancer patients submitted to antineoplastic chemotherapy. **Rev. latinoam. enferm. (Online)**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000500003>>. Acesso em: 03/07/2014.

KATSCHNIG, H. Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. **World psychiatry.**, v. 5, n. 3, 2006.

KEEGAN, T.H.M. *et al.* Occurrence of breast cancer subtypes in adolescent and young adult women. **Breast cancer res.**, v. 14, n. 2, R55, 2012.

KESLER, S. *et al.* Prefrontal cortex and executive function impairments in primary breast cancer. **Arch. neurol.**, v. 68, n. 11, p. 1447-53, 2011. Disponível em: <doi:10.1001/archneurol.2011.245>. Acesso em: 04/07/2015.

_____. Cognitive training for improving executive function in chemotherapy-treated breast cancer survivors. **Clin. breast cancer**, v. 13, n. 4, p. 299-306, 2013. Disponível em: <doi:10.1016/j.clbc.2013.02.004>. Acesso em: 04/07/2015.

KORNBLITH, A. B. *et al.* Quality of Life of Older Patients with Early Stage Breast Cancer Receiving Adjuvant Chemotherapy: A Companion Study to Cancer and Leukemia, Group B49907. **J. clin. oncol.**, v. 29, n. 8, p. 1022-8, 2011.

LAMINO, D. de A.; MOTA, D. D. C. de F.; PIMENTA, C. A. de M. Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 45, n. 2, p. 508-14, 2011.

LEITE, F. M. C. *et al.* Diagnóstico de câncer de mama: perfil socioeconômico, clínico, reprodutivo e comportamental de mulheres. **Cogitare enferm.**, v. 17, n. 2, p. 342-7, 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/27896/18553>> Acesso em: 28/06/2014.

_____. Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com tamoxifeno: perfil sociodemográfico e clínico. **Rev. bras. cancerol.**, v. 57, n. 1, p. 15-21, 2011.

LIU, L. *et al.* Decreased Health-Related Quality of Life in Women with Breast Cancer is Associated with Poor Sleep. **Behav Sleep Med.**, v. 11, n. 3, p. 189-206, july. 2013. Disponível em: <doi:10.1080/15402002.2012.660589>. Acesso em: 30/08/2015.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LÔBO, S. A. *et al.* Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. **Acta paul. enferm.**, v. 27, n. 6, p. 554-9, 2014.

LOPRINZI, P. D.; CARDINAL, B. J. Effects of physical activity on common side effects of breast cancer treatment. **Breast cancer.**, v. 19, p. 4-10, 2012.

MACHADO, S. M. de B.; BERGMANN, P. A. Qualidade de vida de mulheres brasileiras com câncer de mama: revisão sistemática da literatura. **Corpus et Scientia**, v. 8, n. 3, p. 139-53, Rio de Janeiro, dez. 2012.

MAJEWSKI, J.M. *et al.* Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 707-16, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300017>>. Acesso em: 08/06/2014.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Qualidade de vida de paciente com câncer no período de quimioterapia. **Texto & contexto enferm. (Online)**, v. 21, n. 3, p. 600-7, 3. trim. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a15.pdf>>. Acesso em 22/07/2014.

MARTINS, C. A. *et al.* Evolução da mortalidade por câncer de mama em mulheres jovens: desafios para uma política de atenção oncológica. **Rev. bras. cancerol.**, v. 59, n. 3, p. 341-9, 2013.

MENESES-ECHÁVEZ, J. F. *et al.* Efectividad del ejercicio físico en la fatiga de pacientes con cáncer durante el tratamiento active: revision sistemática y metaanálisis. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 667-81, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00114414>>. Acesso em: 13/08/2015.

MENDES, A. B. P.; LINDOLPHO, M. da C.; LEITE, A. P. A assistência da enfermeira na visão das mulheres mastectomizadas. **Enferm. glob.**, v. 26, p. 427-37, 2012.

MICHELS, F. A.S.; LATORRE, M. R. D. O.; MACIEL, M. S. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. **Rev. bras. epidemiol. (Online)**, v. 16, n. 2, p. 352-63, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200011>>. Acesso em: 21/05/2014.

MINEO, F.L.V. *et al.* Assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.4, n. 2, p. 366-88, 2013. Disponível em: <<http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/279>>. Acesso em: 11/06/2014.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. National Institutes of Health. **Breast cancer treatment**. 2015. Disponível em: <<http://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-treatment-pdq>>. Acesso em: 28/04/2015.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). **Cancer Related-fatigue**. Guidelines Version 2.2015. NCCN, 2015. Disponível em: <http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/fatigue.pdf>. Acesso em: 20/07/2015.

_____. **Distress management**. Distress thermometer. Guidelines Version 2.2015. NCCN, 2015. Disponível em: <http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf>. Acesso em: 08/09/2015.

NASCIMENTO, L. K. A. S. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n.1, p. 177-85, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100023>>. Acesso em: 08/07/2014.

NERIS, R. R.; ANJOS, A. C.Y. dos. Experiência dos cônjuges de mulheres com câncer de mama: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 48, n. 5, p. 922-31, 2014.

NICOLUSSI, A. C. *et al.* Qualidade de vida e reabilitação dos pacientes oncológicos. **Revista Cultura e Extensão USP**, v. 8, p. 153-65, 2012.

_____. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. **Rev. RENE.**, v. 15, n. 1, p. 132-40, 2014.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N.O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 759-66, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400017>>. Acesso em: 03/07/2014.

NUZZO, F. *et al.* Effects on quality of life of weekly docetaxel-based chemotherapy in patients with locally advanced or metastatic breast cancer: results of a single-centre randomized phase 3 trial. **BMC cancer.**, v. 11, n. 75, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2407/11/75>>. Acesso em: 12/07/2015.

OLIVEIRA, A. M. de. *et al.* Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 46, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100032>>. Acesso em: 15/06/2014.

OZKARAMAN, A. *et al.* Relationships between social support and social image concerns in Turkish women with breast cancer. **Asian pac. j. cancer prev.**, v. 16, n. 5, p. 1795-802, 2015. Disponível em: <DOI:http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.5.1795>. Acesso em: 29/03/2015.

PAPA, A. M. *et al.* Carcinogênese mamária. In: FIGUEIREDO, E.; MONTEIRO, M.; FERREIRA, A. **Tratado de oncologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2013. p. 985-98.

PARK, S. *et al.* Alcohol consumption and breast cancer risk among women from five ethnic groups with light to moderate intakes: the Multiethnic Cohort Study. **Int. j. cancer.**, v. 134, n. 6, p. 1504-10, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4102309/pdf/nihms603759.pdf>. Acesso em: 20/03/2015.

PELUSI, J. Sexuality and body image: research on breast cancer survivors documents altered sexuality and body image. **Am. j. nurs.**, v. 106, Suppl. 3, p. 32-8, 2006. Disponível em: <http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2006/03003/Sexuality_and_Body_Image_Research_on_breast.13.aspx>. Acesso em: 07/07/2015.

PINHEIRO, A. B. *et al.* Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. **Rev. bras. cancerol.**, v. 59, n. 3, p. 351-9, 2013.

PISONI, A. C. *et al.* Dificuldades vivenciadas por mulheres em tratamento para o câncer de mama. **Journal of Research Fundamental Care Online**, v. 5, n. 3, p. 194-201, jul./set. 2013. Disponível em: <DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n3194>. Acesso em: 05/09/2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POUM, A. *et al.* Factors associated with delayed diagnosis of breast cancer in Northeast Thailand. **J. epidemiol.**, v. 24, n. 2, p. 102-8, 2014.

POZER, M. Z. *et al.* Sinais e sintomas de melodepressão por quimioterapia no domicílio, entre portadoras de cancer ginecológico. **Ciênc. cuid. saúde.**, v. 11, n. 2, p. 336-42, 2012.

RECALDE, M. T.; SAMUDIO, M. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010. **Mem. Inst. Invest. Cienc. Salud**, v. 10, n. 2, p. 13-29, 2012.

REYNA, C.; LEE, M. C. Breast cancer in young women: special considerations in multidisciplinary care. **J Multidiscip Healthc.**, v. 7, p. 419-29, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4189712/>>. Acesso em: 23/11/2014.

ROILA, F. *et al.* Guideline update for MASCC and ESMO in the prevention of chemotherapy-and radiotherapy-induced nausea and vomiting: results of the Perugia consensus conference. **Ann. oncol.**, v. 21, Suppl. 5, p. 232-43, 2010. Disponível em:<[doi:10.1093/annonc/mdq194](https://doi.org/10.1093/annonc/mdq194)>. Acesso em: 02/08/2015.

RONCHI, S. *et al.* Prevalência de alterações mamárias em mulheres atendidas em um município do estado do Paraná. **Rev. gaúcha enferm.**, v. 35, n. 2, p. 113-20, 2014.

ROSA, L.M.; RADÜNZ, V. Significado do câncer de mama na percepção da mulher: do sintoma ao tratamento. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 4, p. 445-50, 2012.

_____. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. **Texto & contexto enferm.**, v. 22, n. 3, p. 713-21, 3. trim. 2013.

ROSA, L.M.; RADÜNZ, V.; BRÜGMANN, O.M. Tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama no SUS. **Ciênc. cuid. saúde.**, v. 12, n. 1, p. 104-11, 1. trim. 2013.

ROTONDA, C. *et al.* Factors associated with fatigue after surgery in women with early-stage invasive breast cancer. **The Oncologist.**, v. 18, p. 467-75, 2013.

RUGO, H. S. **Atingindo o receptor HER2: estratégias terapêuticas atuais.** Viena: *European Society for Medical Oncology (ESMO)*, 2012.

RUITER, M. B. R. *et al.* Late effects of high-dose adjuvant chemotherapy on white and gray matter in breast cancer survivors: converging results from multimodal magnetic resonance imaging. **Hum. brain mapp.**, v. 33, n. 12, p. 2971-83, 2012.

SALIMENA, A. M. de O. *et al.* Como mulheres submetidas à quimioterapia antineoplásica percebem a assistência de enfermagem. **Rev. bras. cancerol.**, v. 56, n. 3, p. 331-40, 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v03/pdf/06_artigo_mulheres_submetidas_quimioterapia_antineoplasica_percebem_assistencia_enfermagem.pdf>. Acesso em: 24/07/2014.

SANTOS, C. A. dos. *et al.* Depressão, déficit cognitivo e fatores associados à desnutrição em idosos com cancer. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 20, n. 3, p. 751-60, 2015.

SANTOS, S. S. *et al.* Breast cancer incidence and mortality in women under 50 years of age in Brazil. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2230-40, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030713>>. Acesso em: 22/02/2014.

SANTOS, D. B.; VIEIRA, E. M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 16, n. 5, p. 2511-22, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500021>>. Acesso em: 06/06/2014.

SANTOS JÚNIOR, J. C.; SOARES, L. F. M. câncer de mama. In: VIEIRA, S. C. *et al.* **Oncologia básica**. Teresina: Fundação Quixote, 2012. p. 41-60.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. saúde pública.**, v. 20, n. 2, p. 580-8, 2004.

SIEGEL, R. *et al.* Cancer statistics, 2014. **CA cancer j. clin.**, v. 64, n. 1, p. 9-29, 2014.

SIMEÃO, S. F. de A. P. *et al.* Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 18, n. 3, p. 779-788, 2013.

SILVA, C. B.; ALBUQUERQUE, V.; LEITE, J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. **Rev. bras. cancerol.**, v. 56, n. 2, p. 227-36, 2010. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/08_artigo_qualidade_vida_portadoras_neoplasia_mamaria.pdf>. Acesso em: 08/12/2013.

SILVA, P. A. da; RIUL, S. da S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev. bras. enferm. (Online)**, v. 64, n. 6, p. 1016-21, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267022538005.pdf>>. Acesso em: 18/07/2014.

SIO, T. T. *et al.* Patient age is related to decision-making, treatment selection and perceived quality of life in breast cancer survivors. **World j. surg. oncol. (Online)**. v. 12, n. 230, 2014.

SNIECIKOSKI; M. T.; XAVIER, P. R. H. **Exercendo a cidadania**: manual de direitos. Curitiba: Hospital de Clínicas, 2015.

SOARES, S. G. S. C.; ALBUQUERQUE, J. O. L. Intervention nurses in chemotherapy in women with breast cancer. **Rev enferm UFPI**, Piauí, v. 2, n. 4, p. 58-65, 2013. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1238>>. Acesso em: 06/09/2014.

SOUSA-E-SILVA, E. P. *et al.* Cardiovascular risk in middle-aged breast cancer survivors: a comparison between two risk models. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, v. 36, n. 4, p. 157-62, 2014.

SOUZA, J. A.; FORTES, R. C. Qualidade de vida de pacientes oncológicos: um estudo baseado em evidências. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, n. 2, p. 183-92, 2012. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/30/25>>. Acesso em: 26/07/2014.

SOUZA, R. S.; SIMÃO, D. A da S.; LIMA, E. D. R. De P. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. **REME rev. min. Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 38-47, 2012. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4fccf66a17245.pdf>. Acesso em: 14/06/2014.

STUMM, E. M. F.; LEITE, M. T.; MASCHIO, G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Cogitare enferm.**, v. 13, n. 1, p. 75-82, 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/11955>>. Acesso em: 23/07/2014.

TACHI, T. *et al.* The impact of outpatient chemotherapy-related adverse events on the quality of life of breast cancer patients. **PLoS ONE**, v. 10, n. 4, 2015. Disponível em: <[doi:10.1371/journal.pone.0124169](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124169)>. Acesso em: 21/08/2015.

TERRA, F. S. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, v. 11, n. 2, p. 112-7, 2. Trim. 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3564.pdf>>. Acesso em: 08/09/2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Hospital de Clínicas. Institucional. **Falando um pouco do Hospital de Clínicas**. Curitiba, 2014. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=content/01-institucional>>. Acesso em: 20/02/2014.

_____. HC em números. **Relatório de atividades 2010/2011**. Curitiba, 2015. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/atividades/rel_atividades10_11.pdf>. Acesso em: 17/01/2015.

UNTURA, L. P.; REZENDE, L. F. de. A função cognitiva em pacientes submetidos à quimioterapia: uma revisão integrativa. **Rev. bras. cancerol.**, v. 58, n. 2, p. 257-65, 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v02/pdf/16_revisao_funcao_cognitiva_pacientes_submetidos_quimioterapia_revisao_integrativa.pdf>. Acesso em: 10/08/2015.

USTA, Y. Y. Importance of social support in cancer patients. **Asian pac. j. cancer prev.**, v. 13, p. 3569-72, 2012. Disponível em: <DOI:<http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.8.3569>>. Acesso em: 12/08/2015.

VERENHITACH, B. D. *et al.* Câncer de mama e seus efeitos sobre a sexualidade: uma revisão sistemática sobre abordagem e tratamento. **Femina.**, v. 42, n. 1, jan-fev. 2014

VICI, P. *et al.* Non-pegylated liposomal doxorubicin-cyclophosphamide in sequential regimens with taxanes as neoadjuvant chemotherapy in breast cancer patients. **Journal of Cancer**, v. 5, n. 6, p. 398-405, 2014. Disponível em: <<http://www.jcancer.org/v05p0398.htm>>. Acesso em: 12/09/2014.

VIDOTTI, J. F.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. Qualidade de vida em sobreviventes de longo prazo ao câncer de mama: análise da produção científica. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 15, n. 3, p. 49-68, 2013. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/5147/4593>>. Acesso em: 21/05/2014.

VIEIRA, E. M. *et al.* História reprodutiva e sexual de mulheres tratadas de câncer de mama. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, v. 35, n.2, p. 78-83, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHOQOL. **Measuring quality of life**. The world health organization quality of life instruments (The WHOQOL 100 and the WHOQOL Bref). Geneva, 1997. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf>. Acesso em: 10/03/2014.

_____. International Agency for Research on Cancer (IARC). Latest world cancer statistic. **Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012: marked increase in breast cancers must be addressed**. Lyon, 2013. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf>. Acesso em: 17/02/2014.

WYATT, G. *et al.* Quality of life among advanced breast cancer patients with and without distant metastasis. **Eur. j. cancer care (Engl)**., v. 22, n. 2, 2013.

YUSUF, A. *et al.* Quality of life in Malay and Chinese women newly diagnosed with breast cancer in Kelantan, Malaysia. **Asian pac. j. cancer prev.** v. 14, p. 435-40, 2013. Disponível em: <DOI:<http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.1.435>>. Acesso em: 10/11/2014.

ZANDONAI, A. P. *et al.* Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Rev. eletrônica enferm.**, v. 12, n. 3, p. 554-61, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6957>>. Acesso em: 15/01/2014.

ZAPPONI, A. L. B.; TOCANTINS, F. R.; VARGENS, O. M. da C. A detecção precoce do câncer de mama no contexto brasileiro. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 386-90, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a18.pdf>>. Acesso em: 08/05/2014.

APÊNDICES

APENDICE 1	-	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	108
APENDICE 2	-	QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO.....	111

APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa. As informações existentes neste documento são para que você entenda perfeitamente os objetivos da pesquisa, e saiba que sua participação é voluntária e espontânea. Se durante a leitura deste documento houver alguma dúvida você deverá fazer perguntas para que possa entender perfeitamente do que se trata. Após ser esclarecido(a) sobre estas informações a seguir e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final este documento, que está em duas vias, sendo uma via sua e outra do pesquisador responsável.

Informações sobre a pesquisa

Título da pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS À QUIMIOTERAPIA.

Pesquisador responsável: Profa Dra Luciana P. Kalinke - Fone: (41) 8837-2079 / (41) 3361-3770. **Pesquisadores participantes:** Dr Sérgio Lunardon Padilha, Dr Johnny Francisco Cordeiro Camargo, Enfa Raquel de Castro Figueiredo Pereira Coelho e Renata Azevedo Schnepfer.

Introdução: A cancerologia é uma especialidade em constante evolução. Novas técnicas para diagnosticar o câncer e modalidades de tratamento possibilitam um aumento da sobrevida e melhoria da Qualidade de Vida dos pacientes com câncer. Embora muitos tratamentos sejam efetivos, sabe-se que alguns tratamentos como a quimioterapia, tem grande impacto nas células tumorais e pode causar alguns efeitos adversos em função dos efeitos tóxicos da quimioterapia, podendo ocasionar redução na capacidade fisiológica, bem como, outras questões relacionadas a diminuição dos níveis de atividade física, emocional e social. Estes fatores contribuem para redução da qualidade de vida do paciente com câncer.

Finalidade da Pesquisa: Espera-se com este projeto levantar as reais dificuldades relacionadas à Qualidade de Vida do paciente oncológico, durante seu tratamento quimioterápico. Somente assim, acredita-se que será possível permitir aos profissionais de saúde, um melhor conhecimento das áreas afetadas.

Procedimento: Para tanto, é necessário que você concorde em responder em sete questionários divididos em três fases do seu tratamento: três questionários no início do tratamento, dois na metade do tratamento e dois no final do tratamento. As perguntas que serão abordadas nos questionários estão relacionadas aos dados sociodemográficos, (idade, sexo, moradia, ocupação e informações sobre doenças anteriores), outro questionário irá abordar perguntas sobre os hábitos de vida, (lazer, atividades rotineiras e função sexual) e outro questionário com informações mais relacionadas a interferência do câncer na sua vida, também serão coletados no seu prontuário dados relacionados as características da sua doença.

Riscos e Benefícios: Não haverá nenhum risco para sua saúde. Você não terá benefícios diretos, participando da pesquisa você terá a oportunidade de esclarecer dúvidas, adquirir conhecimentos e contribuir com nossa pesquisa. A realização de pesquisas sobre Qualidade de Vida em pacientes com câncer é fundamental para levantar as reais necessidades do paciente para podermos planejar ações conjuntas visando a melhoria da Qualidade de vida do paciente com câncer.

Custos: Você não terá nenhum gasto com a pesquisa e também não será remunerado para participar dela.

Participação: Caso você queira desistir de participar da pesquisa, poderá fazê-lo em qualquer tempo e no momento que desejar. Durante o decorrer da pesquisa, caso você venha a ter alguma dúvida ou precise de alguma orientação a mais, procure o pesquisador.

Privacidade e confidencialidade: Você tem o compromisso dos pesquisadores de que sua imagem e identidade serão mantidas em sigilo absoluto, os dados coletados serão armazenados com os pesquisadores e após, quantificados e analisados serão divulgados, para que os profissionais conheçam as reais dificuldades relacionadas à Qualidade de Vida do paciente oncológico, durante seu tratamento quimioterápico.

Eu _____, portador (a) do RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo acima descrito como sujeito.

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Assinatura do sujeito

data ____, ____, ____.

Assinatura do Pesquisador

data ____, ____, ____.

TCLE versão 1.3 de 03 de janeiro de 2014.

APÊNDICE 2: QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

QUESTIONÁRIO 1:

I - DADOS CADASTRAIS		
Nº do Pcte:	Data: / /	1. Idade: anos
Cidade:		Estado:
II - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
2. Gênero:	3. Estado civil:	4. Nº filhos: _____.
1 - Masculino	1 - Solteiro(a)	1 - 1 a 3
2 - Feminino	2 - Casado(a) ou Amasiado(a)	2 - Mais de 3
	3 - Separado(a) ou Divorciado(a)	5. Escolaridade:
	4 - Viúvo(a)	_____
		1 - < 9 anos
		2 - 9 a 12 anos
		3 - > 12 anos
6. Ocupação:	7. Nº pessoas que moram na residência:	
1 - Ativo(a)	8. Renda familiar: . , reais	
2 - Aposentado(a)	9. Renda <i>per capita</i> : . , reais	
3 - Trabalha em casa		
4 - Desempregado(a)		
III - VARIÁVEIS CLÍNICAS		
10. Comorbidades: 1) __hipertensão_____. Há quanto tempo? _____		
2) __diabetes_____. Há quanto tempo? _____		
3) _____ . Há quanto tempo? _____		

4) _____ . Há quanto tempo? _____	
5) _____ . Há quanto tempo? _____	
11. Medicações em uso: 1 - sim 2 - não.	
	Nome: dexametasona. Posologia: 1 M- 2T-3N. Dose: mg Nome: metoclopramida Posologia: 1M- 2T-3N. Dose: mg Nome: ondasetrona. Posologia: 1M-2T-3N. Dose: mg Nome: codeína. Posologia: 1M-2T-3N. Dose: mg Nome: paracetamol Posologia: 1M-2T-3N. Dose: mg Nome: loperamida. Posologia: 1M-2T-3N. Dose: mg Nome: tylex Posologia: 1M-2T-3N. Dose: mg Nome: . Posologia: 1M-2T-3N. Dose: m
Hábitos de vida	12. Tabagismo 1 Prática atual. Número de cigarros por dia: 2 Prática pregressa e atualmente não fuma. Parou há: meses/anos 3 Não fuma.
	p13. Uso de bebida alcoólica: 1 Não ingeri. 2 Ingestão moderada. 3 Ingestão mais do que moderada.
	14 Atividade Física: 1 - regularmente 2 - esporadicamente (< 3 X/semana) 3 - não pratica.
INFORMAÇÕES A SEREM COLETADAS DO PRONTUÁRIO DA PACIENTE.	
15. Data do diagnóstico s: meses.	
16. Estadiamento:	

1 – I 2 – II 3 – III 4 – IV 5 – Indefinido
17. Tratamento quimioterápico anterior: 1 – sim _____ Qto tempo? _____ 2 – não
18. Tipo de Tratamento: 1 – adjuvante 2 – neoadjuvante 3 – paliativo
19. Presença de metástase? 1 - sim 2 – não
20. Local da Metástase 1 - _____ 2 - _____ 3 - _____ 4 - _____ 5 - _____

ANEXOS

ANEXO 1	-	QUESTIONÁRIO QLQ-C30.....	115
ANEXO 2	-	QUESTIONÁRIO QLQ-BR23.....	117
ANEXO3	-	PARECER CONSUBSTANCIADO.....	119
ANEXO 4	-	AUTORIZAÇÃO EORTC.....	121

ANEXO 1: QUESTIONÁRIO QLQ-C30

BRAZILIAN



EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais:

--	--	--	--	--

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

ANEXO 2:QUESTIONÁRIO QLQ-BR23

BRAZILIAN PORTUGUÊSE



EORTC QLQ - BR23

Por vezes, os doentes nos descrevem que têm os seguintes sintomas ou problemas. Por favor nos indique, relativamente à semana passada, até que ponto sentiu estes sintomas ou problemas.

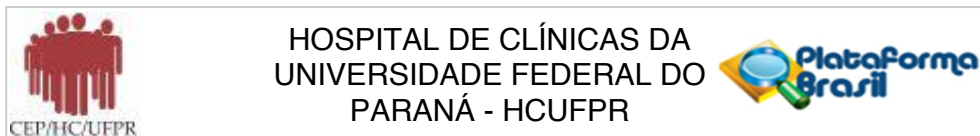
Durante a última semana:	Não	Pouco	Modera- Damente	Muito
31. Sentiu a boca seca?	1	2	3	4
32. O que comeu e bebeu teve um sabor diferente do normal?	1	2	3	4
33. Sentiu os olhos doridos, irritados ou lacrimejantes?	1	2	3	4
34. Teve queda de cabelo?	1	2	3	4
35. Responda a esta pergunta apenas se teve queda de cabelo: A queda de cabelo perturbou você?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Sentiu arrepios de calor?	1	2	3	4
38. Sentiu dor de cabeça?	1	2	3	4
39. Você se sentiu menos bonita devido à sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
40. Você se sentiu menos mulher como resultado de sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
41. Achou difícil observar-se nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se insatisfeito(a) com seu corpo?	1	2	3	4
43. Sentiu-se preocupado(a) com sua saúde futura?	1	2	3	4
Durante as últimas <u>quatro</u> semanas:	Não	Pouco	Modera- Damente	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Com que frequência foi sexualmente ativa (teve relações sexuais) / (com ou sem relação sexual)	1	2	3	4
46. Responda a esta pergunta apenas se tiver sido sexualmente ativa: Até que ponto o sexo foi satisfatório para você?	1	2	3	4

Por favor, continue na folha seguinte

BRAZILIAN PORTUGUÊSE

Durante a última semana:	Não	Pouco	Modera- Damente	Muito
47. Sentiu dores no braço ou ombro?	1	2	3	4
48. Sentiu seu braço ou sua mão inchados?	1	2	3	4
49. Sentiu dificuldade em levantar ou abrir o braço?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área de seu seio doente?	1	2	3	4
51. Sentiu a área de seu seio doente inchada?	1	2	3	4
52. Sentiu a área de seu seio doente demasiado sensível?	1	2	3	4
53. Sentiu problemas de pele no ou na área do seio doente (i.e., comichão, pele seca ou escamosa)?	1	2	3	4

ANEXO 3: PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida dos pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia.

Pesquisador: Luciana Puchalski Kalinke

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 00552012.4.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 518.067

Data da Relatoria: 20/01/2014

Apresentação do Projeto:

Conforme parecer 511.493.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme parecer 511.493.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme parecer 511.493.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme parecer 511.493.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentada a carta com o link lattes das duas novas pesquisadoras.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

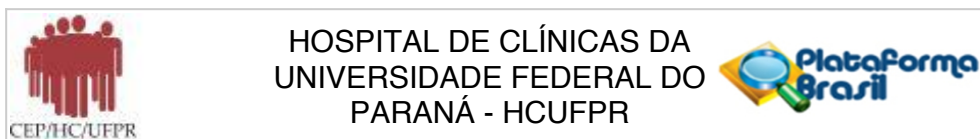
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 518.067

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação da Emenda. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O pesquisador deve manter os documentos arquivados sob sua responsabilidade, pelo prazo de cinco anos após o término da pesquisa.

CURITIBA, 30 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Renato Tambara Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

ANEXO 4: AUTORIZAÇÃO EORTC

Corpo da mensagem

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: Dr
 Firstname: Luciana
 Lastname: Kalinke
 Hospital/Institution: Universidade Federal do Paraná
 Address: Rua Francisco Rocha, 1640 ap 202
 County/State: Paraná
 Postal Code: 80730-390
 Country: Brazil
 Phone: +55 41 3335 6735
 Fax: +55 41 3336 6552
 Email: lucianakalinke@yahoo.com.br
 Protocol: Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Oncológicos no estado do Paraná

Documents requested:

QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese
 Lung Module (LC13) in Portuguese
 Cervix Module (CX24) in Portuguese
 Breast Module (BR23) in Portuguese
 Prostate Module (PR25) in Portuguese
 Head and Neck Module (H&N35) in Portuguese
 Gastric Module (STO22) in Portuguese
 Myeloma Module (MY20) in Portuguese
 Oesophageal Module (OES18) in Portuguese
 QLQ-C30 Scoring Manual
 Addendum scoring instructions validated modules

URLs:

<http://www.eortc.be/home/gol/files/C30/QLQ-C30%20PortugueseBrazilian.pdf>
<http://www.eortc.be/home/gol/files/LC13/LC13%20PortugueseBrazilian.pdf>
<http://www.eortc.be/home/gol/files/CX24/CX24%20Portuguese%20Brazilian.pdf>
<http://www.eortc.be/home/gol/files/BR23/BR23%20PortugueseBrazilian.pdf>
<http://www.eortc.be/home/gol/files/PR25/PR25%20Portuguese%20Brazilian.pdf>
<http://www.eortc.be/home/gol/files/HN35/HN35%20Portuguese%20Brazilian.pdf>
<http://www.eortc.be/home/gol/files/STO22/STO22%20PortugueseBrazilian.pdf>
<http://www.eortc.be/home/gol/files/MY20/MY20%20Brazilian%20Portuguese.pdf>
<http://www.eortc.be/home/gol/files/OES18/OES18%20Brazilian%20Portuguese.pdf>
<http://www.eortc.be/home/gol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>

http://www.eortc.be/home/gol/files/Addendum_scoring_instructions.pdf

If you are having technical difficulties please contact us by email: qlqc30@eortc.be